

Д-ръ *Nacke* сдѣлалъ слѣдующее наблюденіе надъ самимъ собой. Заканчивая обходъ больныхъ своего отдѣленія, онъ получилъ отъ одного изъ визируемыхъ имъ параноиковъ ударъ рукой въ нижнюю часть лица, причемъ, хотя и упалъ навзничъ, но головой не ударился. Не потерявъ ни на минуту сознанія, авторъ, поднявшись съ пола, сейчасъ же началъ распоряжаться, между прочимъ назначилъ *Hyoscin* ударившему его душевно-больному, а затѣмъ продолжалъ свой обходъ въ теченіе 15 мин., послѣ чего, пройдя въ свою частную квартиру, принялся за свои обычныя домашнія занятія. *О только что пережитомъ случаѣ потерпѣвшій совершенно забылъ* и весь этотъ день провелъ какъ всегда, однако чувствовалъ все время *тяжесть головы и вялость мышленія*. Онъ не могъ напр. вести начатую имъ большую научную работу.

Описываемое состояніе д-ръ *Nacke* разсматриваетъ какъ *Dämmerungszustand*, вслѣдствіе *commotio cerebri*.

Д-ръ *Klink* сообщилъ исторію болѣзни госпитальной служанки, которая, во время мытья окна, оступилась и упала изъ окна навзничъ съ высоты полутора метра на твердый полъ. Черезъ нѣсколько минутъ послѣ этого, она, до тѣхъ поръ сохранявшая совершенно ясное сознаніе, *вдругъ потеряла воспоминаніе о предшествовавшихъ событіяхъ, утратила связь и зависимость между ними* и т. д. При объективном изслѣдованіи въ это время у нея было отмѣчено замедленіе пульса, нормальное состояніе зрачковъ, чувствительности и рефлексовъ. На другой день пациентка могла ходить лишь съ трудомъ, пошатываясь и жалуясь при этомъ на тошноту и боль во всемъ черепѣ и только черезъ нѣкоторое время психическія отравленія ея постепенно вернулись въ прежнее состояніе. Д-ръ *Klink* объясняетъ расстройство походки явленіями *commotio spinalis*, замедленіе же пульса и тошноту — сотрясеніемъ головного мозга. Сновидное состояніе, напоминающее въ данномъ наблюденіи переходъ отъ полной безсознательности къ нормѣ, что наблюдается между прочимъ послѣ

истерическихъ или апоплектическихъ припадковъ, авторъ считаетъ главнѣйшей составной частью психическихъ явленій, наблюдаемыхъ послѣ сотрясеній мозга.

Д-ръ *Koetpfen* даетъ описаніе остраго расстройства памяти послѣ паденія съ лошади.

Наблюденіе *Koetpfen*'а касается офицера 28 лѣтъ (изъ парижскаго гарнизона), который въ ноябрѣ даннаго года, получивъ ссадину на стоцѣ, ради лѣченія ея долженъ былъ принимать ножныя ванны. Въ концѣ ноября, а именно 30 числа, онъ былъ въ Версалѣ, чтобы повидаться тамъ съ отцомъ, обѣдалъ тамъ и, возвратясь въ тотъ же вечеръ домой, засталъ въ Парижѣ у себя на каминѣ письмо своего отца.

На другой день, т. е. 1 декабря въ 8 ч. утра, онъ былъ уже въ манежѣ на урокъ верховой ѣзды, гдѣ, послѣ нѣсколькихъ поворотовъ на площади манежа, лошадь, на которой онъ сидѣлъ, спотыкнулась на полномъ ходу и ея сѣдокъ, упавъ на землю, потерялъ сознаніе на короткое время. Приведенный въ чувство, офицеръ, о которомъ идетъ рѣчь, чтобы окончателно придти въ себя вновь сѣлъ на лошадь и продолжалъ урокъ еще въ теченіе 3—4 часа, совершенно точно выполняя всѣ задаваемые ему упражненія. Однако окружавшій его персоналъ манежа былъ теперь очень обезпокоенъ поведеніемъ своего ученика. Отъ времени до времени послѣдній обращался къ своему берейтеру съ жалобами на то, что онъ чувствуетъ себя не совсѣмъ хорошо, что ему кажется, какъ будто онъ во снѣ и не понимаетъ, что съ нимъ дѣлается. Желая успокоить своего ученика, берейтеръ нѣсколько разъ повторялъ ему, что это есть результатъ паденія его съ лошади. Однако это повторное заявленіе берейтера ученикъ тотчасъ же забывалъ, вновь начиналъ свои вопросы о причинахъ недомоганія и просилъ разъяснить ему, почему онъ такъ дурно себя чувствуетъ, что съ нимъ случилось и т. д. Въ виду того, что, по окончаніи урока около 10 ч. утра, отуманенное сознаніе продолжалось, берейтеръ, опасаясь за здоровье своего ученика, проводилъ его домой пѣшкомъ. Явившійся тотчасъ же докторъ ихъ полка—д-ръ *Koetpfen* осмотрѣлъ пострадавшаго и констатировалъ слѣдующее. Больной,

лежа въ постели узналъ своего врача; онъ могъ описать свое состояніе, сравнивая его со сномъ, но никакъ не могъ вспомнить обстоятельствъ, предшествовавшихъ появленію этого состоянія или бывшихъ причиной его; хотя тутъ же пребывавшій берейторъ нѣсколько разъ напоминалъ ему о паденіи съ лошади, офицеръ сейчасъ же забывалъ объ этомъ и вновь допрашивалъ окружающихъ о томъ, что съ нимъ случилось. При дальнѣйшихъ вопросахъ больного выяснилось, что онъ забылъ также и другія обстоятельства не только слѣдовавшія за паденіемъ съ лошади, но и предшествовавшія этому. Такъ напр. онъ ничего не помнилъ о поврежденіи своей стопы въ послѣднихъ числахъ ноября, о ножныхъ ваннахъ, о своей поѣздкѣ въ Версаль, о подробностяхъ возвращенія домой (письмо отца на каминѣ), прихода въ манежъ и т. д. Занимая квартиру въ томъ же домѣ, гдѣ жилъ и трактуемый офицеръ, д-ръ *Koempfen* встрѣчался съ нимъ обычно нѣсколько разъ въ день, причемъ каждая встрѣча сопровождалась бесѣдой и т. д. На этотъ разъ, т. е. въ день паденія съ лошади, пациентъ, котораго д-ръ *Koempfen* навѣстилъ нѣсколько разъ, совершенно не помнилъ о встрѣчахъ, бывшихъ напр. 1—2 часа т. н. и держалъ такія рѣчи, какъ если бы онъ съ докторомъ не видѣлся ни разу въ теченіе даннаго дня. Точно также онъ забылъ совершенно про берейтера, который его провожалъ до квартиры, о своемъ другѣ, только что оставившемъ его, съ которымъ онъ очень охотно провелъ нѣсколько минутъ, прекрасно зная, съ кѣмъ онъ говорилъ и т. д. Настойчивыми вопросами д-ръ *Koempfen* могъ убѣдиться, что больной вовсе не помнитъ, по чьему приказанію и по какому поводу онъ лежитъ въ постели, не знаетъ, кто его раздѣлъ, не помнитъ, что онъ взялъ ножную ванну, что его растирали, давали ему пить, что онъ 5 мин. т. н. мочился и т. д., и т. д.

Только въ четыре часа дня къ нему начали постепенно возвращаться воспоминанія, а именно онъ сообразилъ, что уже видѣлся сегодня съ докт. *Koempfen*'омъ. Въ 6 ч. вечера онъ вспомнилъ уже, что ѣздилъ въ Версаль, что повредилъ себѣ ногу. Въ послѣдующіе дни онъ вспомнилъ всѣ подробности того, что онъ дѣлалъ въ Версалѣ, какъ нашелъ письмо отца у себя на каминѣ, но ничего не могъ сообщить о томъ, какъ онъ упалъ съ лошади и вообще всѣ событія дня 1 декабря отъ 8 час. утра до 6 ч. вечера.

Tilling описаль полицейскаго служителя 34 лѣтъ, который, получивъ травму головы, впалъ въ безсознательное состояніе, а затѣмъ, придя болѣе или менѣе въ себя, обнаружилъ рѣзкое пониженіе памяти и вниманія.

Marina наблюдалъ пациента, который во время истерическаго припадка упалъ на затылокъ и пробылъ въ безсознательномъ состояніи 8 дней. Придя въ себя послѣ этого, онъ обнаружилъ афазическія разстройства, не могъ произнести ни одного слова, не могъ также ни читать, ни писать. Постепенно въ теченіе года рѣчь его, хотя и съ нѣсколькими дефектами возстановилась. Осталась однако рѣзкая слабость памяти, алексія и аграфія. По мнѣнію *Marina* заболѣваніе его пациента нужно было отнести къ сотрясенію мозга при паденіи, однако нельзя было объяснить органическимъ поврежденіемъ мозга. Большую роль въ этомъ случаѣ, авторъ приписываетъ также истерической конституціи и истерической амнезиі вслѣдствіе этого. Очень важно въ данномъ описаніи, что эта потеря памяти присоединилась къ длившемуся долго припадку безсознательнаго состоянія.

Berliner видѣлъ рѣзкій случай пониженія вниманія, амнестическую афазію и *Haftenbleiben* отдѣльныхъ словъ послѣ травмы. Онъ думаетъ, что въ основѣ такихъ разстройствъ лежитъ диффузное, не глубокое пораженіе внѣ центровъ рѣчи.

Boullard описываетъ акушерку, которая, будучи на пути къ роженицѣ, получила ударъ въ голову, послѣ чего лишилась сознанія на $\frac{1}{4}$ часа. Придя въ себя, она все же отправилась по данному ей адресу, провела весь актъ родовъ, который длился около 2-хъ часовъ, сдѣлала послѣродовой туалетъ родильницы и ребенка, при этомъ сохранила всю точность дѣйствій и привычную ловкость. По окончаніи своихъ обязанностей она удалилась, но по возвращеніи домой не могла дать никакого объясненія по поводу того, что съ нею случилось, гдѣ она была, присутствовала ли она при родахъ и проч.

Gussenbauer наблюдалъ одного туриста, который, при восхожденіи на ледникъ, упалъ и получилъ сотрясеніе мозга (безъ видимыхъ поврежденій головы), послѣдствіемъ чего явилась полная потеря сознанія на короткое время. Придя въ себя онъ не узналъ окружающихъ и утратилъ совершенно воспоминаніе о всемъ своемъ путешествіи.

Помимо этихъ элементарныхъ измѣненій, развивающихся главнымъ образомъ въ сферѣ памяти, описаны также многія разстройства, охватывающія одновременно сферу интеллекта, воли и чувства, имѣющія вообще характеръ болѣе или менѣе сложныхъ психическихъ заболѣваній.

Korpen отмѣчаетъ многочисленныя градаціи нервныхъ и душевныхъ разстройствъ послѣ сотрясенія мозга. Лица, перенесшія травму въ наблюденіяхъ *Korpen*'а дѣлаются въ высокой степени нервными и раздражительными, а съ другой стороны очень апатичными или безпечными. Временами у нихъ появляются приступы буйства съ полной потерей воспоминанія о содѣянномъ. Работоспособность подобныхъ пациентовъ рѣзко понижается. Они становятся очень разсѣянны и забывчивы. У нихъ падаетъ способность воспринимать и обрабатывать внѣшнія впечатлѣнія. Они не могутъ легко такъ, какъ прежде сконцентрировать своего вниманія. Теченіе ихъ ассоціативныхъ процессовъ замедлено. Ихъ утомляетъ всякая работа, напр. игра въ карты и даже простая бесѣда. Самое пріятное для нихъ сидѣть безъ всякаго дѣла. Въ большинствѣ случаевъ причина подобной бездѣятельности заключается въ необыкновенной чувствительности подобныхъ пациентовъ ко всякимъ малѣйшимъ умственнымъ и физическимъ напряженіямъ. Появляющіяся при этомъ боли головы заставляютъ ихъ избѣгать всякихъ усилій какъ психическаго, такъ и физическаго характера.

Welt описываетъ остро возникшее *измѣненіе характера*, вслѣдствіе травмы у 3-лѣтняго мужчины, который упалъ съ

IV-го этажа, получилъ переломъ лобной кости и поврежденіе лобной доли.

Доставленный въ госпиталь, раненый, послѣ оперативной помощи, пришелъ въ сознаніе, но сдѣлался совершенно неузнаваемъ. До тѣхъ поръ веселый, общительный, уступчивый, — хранитель всякихъ веселыхъ анекдотовъ и исторій, онъ вдругъ въ госпиталѣ сталъ обнаруживать нетерпимость къ сосѣдямъ по палатѣ, ссорился съ ними, вѣчно бранился, былъ очень требователенъ, командовалъ всѣми, жаловался на прислугу по ложнымъ поводамъ. Въ тоже время сдѣлался весьма неопрятенъ, пускалъ мочу и калъ подъ себя, пачкался пищей и т. д. Такое состояніе продолжалось около четырехъ недѣль, а затѣмъ отмѣченныя ненормальности постепенно исчезли, причемъ паціентъ сталъ выражать сожалѣніе въ своемъ предшествовавшемъ поведеніи и обращеніи съ сосѣдями, прислугой и т. д. Одновременно съ этимъ улучшился его характеръ и возвратились его прежняя мягкость и любезность, появилась прежняя его чистоплотность во всѣхъ отношеніяхъ.

Dinkler сообщаетъ исторію болѣзни ребенка, который, будучи совершенно здоровымъ и нормально развитымъ въ возрастѣ $2\frac{1}{4}$ лѣтъ упалъ съ высоты 8 или 10 метр. на каменную мостовую лѣвой половиной головы и потерялъ на короткое время сознаніе. Вслѣдствіе этого несчастнаго паденія оказалась небольшая кожная рана на головѣ, но ни сейчасъ послѣ этого, ни въ первые дни у него не было ни рвоты, ни судорогъ, ни параличей. Однако вскорѣ послѣ этого начали отмѣчаться нѣкоторыя измѣненія психическаго состоянія: головныя боли, усталость, головокруженіе, слабость памяти и цѣлый рядъ другихъ разстройствъ интеллектуальныхъ отравленій, такъ что можно было говорить о душевномъ заболѣваніи.

Muralt сообщилъ нѣсколько случаевъ психическихъ разстройствъ съ рѣзко выраженными кататоническими явленіями, развившимися послѣ травмы черепа.

Manke описываетъ пациента, который, получивъ раненія черепа, пролежалъ безъ сознанія 14 дней. Постепенно оправившись послѣ этого и поднявшись на ноги, онъ сталъ обнаруживать прогрессирующее развитіе слабоумія, неустойчивое настроеніе духа, слабость памяти, воли и вниманія.

Goldstein описалъ трехъ пациентовъ съ душевнымъ разстройствомъ послѣ травмы, выразившимся слабостью вниманія, нѣкоторой неясностью воспріятій, колеблющимся настроеніемъ духа и т. д.

Skae видѣлъ пациентовъ послѣ травмы головы, у которыхъ развились психическія разстройства, протекавшія въ видѣ меланхоліи или маніи, иногда же у тѣхъ же больныхъ наблюдалась эпилепсія.

Koeppe установилъ у травмированныхъ своеобразную форму душевнаго заболѣванія, которую онъ называетъ рефлексъ—психозомъ. Это страданіе развивается не тотчасъ послѣ травмы, а лишь извѣстное время спустя. Своимъ развитіемъ оно обязано не поврежденію мозга, но поврежденію какого-либо черепного нерва (рубець, возникшій послѣ травмы, давящій на черепной нервъ и т. п.) и раздраженіе съ котораго передается отсюда на мозгъ. Благодаря этому могутъ возникнуть условія хроническаго раздраженія, каковое въ одномъ случаѣ можетъ привести къ эпилепсіи, въ другомъ—къ психозу; послѣднему въ данномъ случаѣ авторъ желаетъ приписать рефлекторное происхожденіе. Во всѣхъ описанныхъ *Koeppe* случаяхъ было отмѣчено невропатическое предрасположеніе.

Koeppe и *Fürstner* прибѣгали въ подобныхъ случаяхъ къ хирургическому леченію, удаляли оперативнымъ путемъ рубецъ и получали рѣзкій эффектъ улучшенія общихъ явленій, въ томъ числѣ и психоза. Напротивъ *Faetz* и *Mendel* не получили отъ этого леченія нивакаго эффекта.

Многіе авторы находили огромное сходство клинической картины въ нѣкоторыхъ случаяхъ травматическихъ психо-

зовъ съ прогрессивнымъ параличемъ, вслѣдствіе чего явилось убѣжденіе, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ прогрессивный параличъ можетъ развиваться послѣ травмы. Статистическія изслѣдованія произведенныя въ этомъ направленіи давали нѣкоторыя данныя для такого предположенія, хотя все же числа подтверждающія это предположенія не были достаточно велики ¹⁾).

¹⁾ *L. Meyer* изъ четырехъ случаевъ прогрессивнаго паралича, возникновеніе котораго можно было приписать травмѣ, только въ одномъ случаѣ могъ установить причинную связь и то лишь только—во времени—между травмой и данной клинической картиной прогрессивнаго паралича.

Schüle изъ ста случаевъ прогрессивнаго паралича нашелъ въ анамнезѣ только у 15 больныхъ указаніе на травму въ числѣ другихъ этиологическихъ моментовъ, причѣмъ у одного пациента эта травма была повидимому единственной причиной прогрессивнаго паралича.

Baer въ своей студенческой диссертациі отыскалъ травму у 23 прогрессивныхъ паралитиковъ среди 382 всѣхъ носителей этого рода болѣзни. Онъ придаетъ этой причинѣ этиологическое значеніе въ развитіи прогрессивнаго паралича, однако только у 7-ми пациентовъ изъ общаго числа, отмѣченныхъ имъ 23 больныхъ.

Krafft-Ebing на основаніи личныхъ наблюденій считаетъ, что прогрессивный параличъ можетъ развиваться на почвѣ травмы. Онъ видѣлъ одинъ случай прогрессивнаго паралича, гдѣ эта болѣзнь развилась непосредственно вслѣдъ за травмой головы и четыре другихъ, гдѣ при отсутствіи другихъ этиологическихъ моментовъ, развился прогрессивный параличъ не тотчасъ послѣ травмы, но черезъ нѣкоторый промежутокъ времени. Травма, по мнѣнію этого автора могла развить въ данномъ случаѣ свое вредное вліяніе, внося въ организмъ условія ранней инвалидности, въ частности рѣзко понижая отправленіе вазомоторныхъ центровъ.

Oebecke видѣлъ только одинъ случай, гдѣ съ большой натяжкой можно допустить травматическое происхожденіе прогрессивнаго паралича.

Schüller въ своей диссертациі могъ установить нѣкоторое отношеніе развитія прогрессивнаго паралича къ травмѣ въ 11 случаяхъ. Ни разу онъ однако не могъ отмѣтить непосредственной связи между этой болѣзью и травмой.

Mendel на основаніи чисто теоретическихъ соображеній, допускаетъ травму въ числѣ причинъ прогрессивнаго паралича, однако думаетъ, что помимо травмы должны имѣть мѣсто еще и другіе этиологическіе моменты. Лично онъ при всемъ своемъ колоссальномъ опытѣ видѣлъ только три слу-

По мнѣнію *Körren*'а прогрессивный параличъ, если онъ развился послѣ травмы отличается многими особенностями,

чая, гдѣ травмѣ можно было приписывать этиологическое значеніе въ развитіи прогрессивнаго паралича.

Wollenberg среди 173 паралитиковъ нашелъ только 8 больныхъ, подозрительныхъ въ этомъ отношеніи; однако у 5 изъ этихъ 8 случаевъ, дошедшихъ до вскрытія, не было отмѣчено никакихъ характерныхъ чертъ для травматическаго прогрессивнаго паралича.

Westphal изъ 148 случаевъ прогрессивнаго паралича только у двухъ могъ обнаружить травму въ числѣ причинъ заболѣванія.

Gudden среди 1386 исторій болѣзни отъ прогрессивныхъ паралитиковъ, нашелъ въ 21 случаѣ связь заболѣванія прогрессивнымъ параличемъ съ перенесенной травмой, но изъ нихъ 7 человекъ безспорно имѣли предъ тѣмъ сифилисъ.

Kaes, имѣвшій много случаевъ прогрессивнаго паралича относится очень скептически къ предположенію о травматической этиологіи прогрессивнаго паралича.

Reinhard повидимому вовсе не вѣритъ въ возможность заболѣванія прогрессивнымъ параличемъ, вслѣдствіе травмы.

Противъ этихъ данныхъ, могущихъ придать большое значеніе травмѣ головы въ этиологіи прогрессивнаго паралича можно возразить однако въ другихъ направленіяхъ. Очень подрываетъ цѣнность этихъ данныхъ уже то обстоятельство, что всѣ наблюденія, устанавливающія высокой процентъ прогрессивнаго паралича послѣ травмы, принадлежатъ сравнительно далекому прошлому, т. е. той эпохѣ, когда картина прогрессивнаго паралича не могла быть еще такъ тонко дифференцирована, какъ это дѣлается теперь. Весьма естественно поэтому возникаетъ вопросъ, дѣйствительно ли всѣ тѣ случаи, которыхъ относили къ травматическому прогрессивному параличу были дѣйствительно прогрессивные паралитики. Съ другой стороны не всегда возможно установить, не было ли у подобныхъ больныхъ явленій прогрессивнаго паралича уже въ періодъ предшествовавшей травмѣ и кромѣ травмы не было ли другихъ причинъ къ развитію прогрессивнаго паралича. Всѣ эти вопросы и сомнѣнія имѣютъ тѣмъ болѣе значенія, что какъ показываютъ повѣйшія статистическія серологическія изысканія *Plaut*'а, *Lesser*'а, *Edel*, *Nonne und Holzmann* и др. авторовъ всѣ прогрессивные паралитики, какія бы анамнестическія свѣдѣнія ихъ ни сопровождали,—всѣ они имѣли сифилисъ въ прошломъ.

Эти соображенія заставляютъ отрицать за травмой столь выдающееся значеніе какъ первичнаго момента, вызывающаго травматическій прогрессивный параличъ, но отводятъ ей мѣсто вспомогательное и вторичное. Субъектъ, носящій въ себѣ всѣ опасныя послѣдствія сифилиса,—можетъ сдѣ-

отличающими эту картину отъ настоящаго прогрессивнаго паралича. Между прочимъ слабоуміе, развившееся послѣ травмы, никогда не достигаетъ той высокой степени, какъ при настоящемъ прогрессивномъ параличѣ. Здѣсь имѣется лишь нѣкоторая слабость памяти, нѣкоторая апатія, отсутствіе интересовъ. Никогда не бываетъ глубокой потери прежнихъ образовъ воспоминанія, не замѣчается также той полной утраты понятій о приличіи и чистоплотности, какъ при настоящемъ прогрессивномъ параличѣ. Иногда встрѣчается высокая степень спутанности, но лишь при возбужденіи, причѣмъ могутъ быть вспышки буйства и т. д.

Въ то же время *Korpen* очень рѣдко видѣлъ неподвижность зрачковъ на свѣтъ и притомъ обоихъ глазъ, а только вялость ихъ и эту послѣднюю лишь на одномъ глазу и т. д. На основаніи своихъ случаевъ *Korpen* предлагаетъ поэтому терминъ—*dementia paralytica post trauma*—измѣнить и называть подобную болѣзнь *dementia post traumatica*.

Kalberlah видѣлъ душевное заболѣваніе травматическаго происхожденія, очень напоминавшее хроническій алкоголизмъ:

Его пациентъ F. 43 лѣтъ, хорошо учившійся въ школѣ, интеллигентный и понятливый рабочій, по профессіи камень-

латься, благодаря этому прогрессивнымъ паралитикомъ, если къ этому присоединится какая-либо вредность. Этой вредностью можетъ быть между прочимъ и травма.

Такое мнѣніе высказываетъ *Raecke*, *Viedenz*, *Houghberg*, *Kaplan* и др. *Obersteiner* считаетъ, что главнѣйшее условіе для развитія прогрессивнаго паралича, являются сифилисъ и наследственное предрасположеніе. Въ числѣ вызывающихъ причинъ данной болѣзни этотъ авторъ видитъ алкоголь и травму.

Gerlach идетъ еще дальше. Онъ предполагаетъ, что если травмѣ и можно приписать вообще какое-либо значеніе, то лишь тогда, если параличическіе симптомы начинаютъ развиваться тотчасъ вслѣдъ за травмой. Однако, по его мнѣнію, эти параличическія явленія обнаружались вслѣдъ за травмой лишь потому, что они уже были и до травмы, но были мало манифестны.

щикъ, лишь очень немного выпивавшій пива или водки и притомъ только во время работы, упалъ внизъ головой на сложенные тамъ кирпичи съ высоты 5 метровъ. Обливался кровью и совершенно безсознательный, онъ былъ привезенъ въ мѣстную хирургическую, а затѣмъ въ нервную клинику. Въ хирургической клиникѣ, гдѣ онъ пробылъ около недѣли, было отмѣчено кровотеченіе изъ обеихъ ушей, рваная рана на затылочной кости, широкіе, неподвижные или разные зрачки, туго подвижность затылка. Сознаніе его было тяжело омрачено. Пациентъ былъ возбужденъ и бредилъ.

Переведенный въ нервную клинику, онъ вначалѣ имѣлъ рѣзко истощенный видъ, и былъ совершенно не ориентированъ. Если его настойчиво о чемъ-либо спрашивали, онъ начиналъ постепенно оживляться и отвѣчалъ осмысленно на вопросы, но опять погружался въ апатичное безразличіе лишь только его оставляли въ покоѣ. Воспріятіе у него сохранено (считаетъ пальцы, понимаетъ вопросы и т. д.), но очень понижено. Выраженіе лица подавленное и въ произнесенныхъ фразахъ видна растерянность и спутанность. Не знаетъ гдѣ онъ теперь, утверждаетъ, что вчера былъ дома. Окружающихъ считаетъ товарищами или близкими знакомыми. Считать не можетъ, не въ силахъ помножить 1×1 , но день своего рожденія, имя жены и дѣтей и ихъ день рожденія помнить. Новыя даты не можетъ усвоить, онъ забываетъ ихъ уже черезъ нѣсколько минутъ. Легче сохраняются, однако, зрительныя впечатлѣнія въ томъ случаѣ, если они комбинируются съ акустическими.

Постепенно въ соматическомъ отношеніи обнаруживаются улучшенія. Въ тоже время зрачки сдѣлались нормальны, но опредѣлился двусторонній параличъ лицевого нерва.

Въ дальнѣйшемъ наблюденіи больного выяснилось, что доминируетъ надъ всѣми клиническими явленіями—у него ослабленіе вниманія, а именно способность примѣчать, полная потеря воспоминаній о пережитомъ паденіи и повидимому также о событіяхъ этому предшествовавшихъ. Кромѣ того отмѣчается склонность заполнить придуманными фактами пустоты въ цѣпи событій (конфабуляція). Напр. свою головную боль онъ объясняетъ различно или простудой, али какимъ то паденіемъ, или какимъ то старымъ страданіемъ. По ночамъ, а иногда и въ теченіе дня умѣренные бредовыя возбужденія.

При этомъ онъ воображаетъ себя на какой то работѣ, сворачиваетъ изъ одѣяла фигуры разнообразной формы, что то съ ними дѣлаетъ, старается взлѣсть на стѣну, возлѣ которой стоитъ его кровать, блуждаетъ по палатѣ, старается достать свой инструментарій каменщика и т. д.

Черезъ 5 недѣль послѣ паденія, паціентъ, хотя и представляетъ лучшую способность ориентироваться, но во времени сильно ошибается. Сильно выражена наклонность фабулировать. О своемъ паденіи ничего не помнитъ и категорически отрицаетъ какое либо происшествіе съ нимъ, повлекшее за собою пребываніе въ хирургической и нервной клиникѣ. Рѣзко понижена способность примѣчать акустическія и оптическія впечатлѣнія. Очень болтливъ.

Черезъ три мѣсяца способность примѣчать (Merkfähigkeit) постепенно восстанавливается, способность ориентироваться совершенно нормальна; но не можетъ точно сообщить ни о времени своего несчастья, ни объ обстоятельствахъ, сопутствовавшихъ ему. Въ общемъ—эвфорія, болтливость и амнезія.

Черезъ 4 мѣсяца помнитъ отчетливо о томъ, какъ онъ провелъ время до несчастнаго случая, но не помнитъ ни этого послѣдняго, ни послѣдующихъ событій. Способность примѣчать и ориентироваться нормальны. Наклонность конфабулировать исчезла и больной старается восполнить просвѣтъ въ недостающихъ въ его памяти дѣйствительно бывшихъ событій.

Послѣдніе три мѣсяца пребыванія въ нервной клиникѣ у него установилась довольно монотонная картина. Больной очень своеобразенъ въ своихъ рѣчахъ и манерахъ. Онъ патетиченъ, болтливъ, навязчивъ. По временамъ мурлыкаетъ и напѣваетъ какую-либо, лишенную всякаго смысла и словъ мелодію. Совершенно въ стереотипныхъ выраженіяхъ начинаетъ рассказывать по временамъ всѣмъ окружающимъ различныя интимности изъ своей семейной жизни. При этомъ онъ сочиняетъ фантастическія подробности изъ своей жизни. Напр. „Его жена принадлежитъ къ числу знаменитыхъ публичныхъ женщинъ“. „Каждый день онъ уходитъ домой, гдѣ ему выкачиваютъ содержимое желудка“. „Онъ унаслѣдовалъ 20000 м.“. Свою дочь описываетъ очень вульгарными чертами.

Такимъ образомъ каменщикъ, отличавшійся сравнительно очень трезвымъ поведеніемъ обнаружилъ послѣ сотря-

сенія мозга рядъ симптомовъ, которыхъ можно сравнить и даже отождествить съ алкогольнымъ психозомъ.

Въ первые дни тяжелаго омраченія сознания, пациентъ, подобно тому какъ въ бѣлой горячкѣ—все время что то строилъ на своей постели изъ своего одѣяла. Въ послѣдующемъ теченіи обнаруживаются типичныя для алкогольнаго же психоза черты въ формѣ пониженія вниманія, памяти и затрудненія ориентировки и наконецъ самое интересное—склонность фабулировать. Всѣ эти симптомы въ общемъ идентичны съ таковыми Корсаковского психоза.

Тотъ же *Kalberlach* нашель въ архивѣ хирургической клиники еще одно аналогичное наблюденіе.

Экономъ 50 лѣтъ послѣ паденія внизъ головой, поднятый безъ чувствъ, придя въ себя оказался въ состояніи спутанности и глубокомъ омраченія сознания, не узнавалъ окружающую обстановку, при этомъ своими рѣчами очень напоминалъ бредъ профессиональной дѣятельности (*Beschäftigungsdelirium*), какъ это наблюдается при бѣлой горячкѣ. Находясь въ хирургической палатѣ, онъ все время говорилъ о своихъ уткахъ, пѣтухахъ и другихъ предметахъ того домашняго хозяйства, которое онъ велъ все время до поврежденія головы. Параллельно съ этимъ у пациента обнаруживается апатія, рѣзкое паденіе вниманія. Пониженіе памяти и ориентировки. Отпущенъ изъ больницы пациентъ съ большимъ психическимъ дефектомъ.

Въ этихъ двухъ наблюденіяхъ, имѣется безспорное сходство съ той клинической картиной, которая, какъ ее прекрасно описалъ *С. С. Корсаковъ* при хроническомъ алкоголизмѣ, выражается слабостью ориентировки во времени, пространствѣ и личности, рѣзкимъ паденіемъ вниманія, памяти и склонностью фабулировать.

Нѣсколько аналогичныхъ наблюденій сдѣланы еще и другими авторами.

Напр. *Tilling* видѣлъ студента, который былъ найденъ въ коматозномъ состояніи на днѣ погребѣ, куда этотъ студентъ, благодаря небрежной оградѣ даннаго помѣщенія, свалился. Придя въ себя послѣ поданной медицинской помощи, паціентъ оказался въ состояніи глубокаго омраченія сознанія, бредилъ, былъ очень возбужденъ и галлюцинировалъ. По мѣрѣ проясненія сознанія обнаруживались новые симптомы и въ числѣ ихъ между прочимъ рѣзкое пониженіе вниманія, паденіе памяти, склонность фабулировать и т. д.

Meyer описываетъ 32-лѣтняго кочегара, который, получивъ тяжелую травму черепа (переломъ основанія черепа), пролежалъ нѣсколько дней въ коматозномъ состояніи. Не приходя въ полное сознаніе, онъ впалъ въ сильнѣйшее возбужденіе, началъ бредить, былъ спутанъ, обнаруживалъ при этомъ рѣзкую слабость памяти, вниманія и склонность къ фабулированію. Относительно несчастнаго происшествія, у него не осталось ни малѣйшаго воспоминанія. Постепенно уменьшилось возбужденіе, исчезла склонность фабулировать, улучшилась память и вниманіе, но раздражительность и неустойчивое равновѣсіе долго удерживались. Только черезъ много мѣсяцевъ наступило существенное улучшеніе психическихъ симптомовъ, (но неполное возстановленіе).

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ на ряду съ общимъ ослабленіемъ всѣхъ психическихъ сферъ обнаруживались рѣзкія расстройства въ сферѣ рѣчи. Паціенты, оказалось, утратили названія словъ, или (зрительныя) начертанія ихъ, или способность воспроизводить перомъ свои мысли, вслѣдствіе чего получался симптомокомплексъ или амнестической афазіи или алексіи, или аграфіи.

Trespe описалъ совершенно здороваго мужчину, который, получивъ нѣсколько ударовъ по головѣ, оказался въ состояніи разстроеннаго сознанія. Придя въ себя онъ обнаружилъ при врачебномъ изслѣдованіи тотальную амнезію о всемъ прошломъ, рѣзкое паденіе вниманія и высокую степень пони-

женія интеллекта вообще, такъ что можно было говорить о травматическомъ слабоуміи. Кромѣ того у него обнаружались длительные дефекты чтенія и письма и скоропреходящіе недостатки амнестически-афатического, апрактическаго характера. Имѣлись также и расстройства чувствительности.

Westphal описываетъ рабочаго, у котораго, вслѣдствіе паденія на голову куска каменнаго угля, получилась фрактура *baseos cerebri*, тяжелыя мозговья явленія, а послѣ того, какъ больной пришелъ въ себя, у него обнаружилась рѣзкая слабость памяти. При тщательномъ изслѣдованіи пациента, авторъ нашелъ слѣдующія отклоненія отъ нормы. При всякомъ разговорѣ, даже при простомъ вопросѣ, пациентъ начинаетъ дрожать всѣмъ тѣломъ, при чемъ пульсъ съ 68 разъ въ минуту поднимался до 120 и всюду выступалъ потъ. При самомъ простомъ разговорѣ пациенту нужно повторить нѣсколько разъ вопросъ для того, чтобы онъ понялъ его. Отвѣтъ на заданный вопросъ обычно замедляется при этомъ пациентъ начинаетъ искать слова, имѣетъ при этомъ растерянный видъ, третъ себѣ лобъ, лицо его искажается гримасами и въ этотъ моментъ, какъ уже сказано, начинается общая дрожь. Иногда описываемый больной при этомъ начинаетъ плакать, заявляя, что онъ не можетъ составить себѣ представленія о спрашиваемомъ, такъ какъ ему вообще очень трудно представить себѣ что-либо. Очень рѣзко понижена память и ослаблено вниманіе. Онъ не знаетъ расположенія клиники и ближайшей дороги къ ней. Покупая что-либо можетъ уплатить за покупку нѣсколько разъ. Задавая отдѣльные вопросы можно получить отъ пациента отвѣты, хотя и не совсѣмъ правильные, только первые 10-15-20 мин., затѣмъ мышленіе становится все тяжелѣе и затруднительнѣе, пациентъ начинаетъ дрожать и не можетъ ничего сказать. Отвѣты на задаваемые вопросы затрудняются у него, какъ это выяснилось при повторныхъ изслѣдованіяхъ, по двумъ причинамъ; во первыхъ, потому что у него ослабѣло вниманіе и память, во вторыхъ, вслѣд-

ствіе афатическихъ разстройствъ, (изъ порядка амнестической афазіи). Параллельно этому и письмо имѣло дефекты. Въ теченіе полутора года въ состояніи здоровья даннаго паціента наступило значительное улучшеніе, но полного выздоровленія не произошло.

Объективное изслѣдованіе отмѣтило въ этомъ случаѣ полное отсутствіе соматическихъ разстройствъ, указывающихъ на органическое поврежденіе нервныхъ центровъ. Что же касается психическихъ симптомовъ, то въ этомъ случаѣ, какъ уже сказано, отмѣчались рѣзкія явленія выпаденія въ сферѣ памяти и вниманія. Теченіе представленій было замедлено. Сильно пострадала способность пониманія. Понижена или даже вовсе исчезла репродукція прежнихъ умственныхъ пріобрѣтеній. Всѣ эти дефекты въ сферѣ интеллекта становились особенно очевидными и выраженными при утомленіи, а также тогда, если паціента вывести изъ состоянія душевнаго спокойствія, и особенно въ томъ случаѣ, если онъ находится въ состояніи страха, напряженнаго вниманія или утомленія.

Другой паціентъ *Westphal*'я 36 лѣтн. инженеръ X. пертерпѣлъ желѣзнодорожное крушеніе, ударившись при этомъ правой стороной головы о какой то острый край. Потерявъ сознаніе при крушеніи, онъ нѣкоторое время находился въ обморочномъ состояніи. Пульсъ въ это время у него былъ замедленъ, были рвоты. Постепенно наступило нѣкоторое возстановленіе здоровья, причемъ послѣдствія крушенія сказались въ рядѣ разнообразныхъ тѣлесныхъ и психическихъ разстройствъ въ формѣ рецидивирующихъ, хотя и кратковременныхъ, параличей лѣвой стороны тѣла, анестезій, тремора въ пальцахъ и ускореніи пульса до 110 въ минуту. Годъ спустя послѣ этого при вступленіи въ психіатрическую клинику обнаружился рѣзкій упадокъ въ сферѣ интеллекта, въ частности же памяти и вниманія. Кромѣ того, благодаря особому разстройству теченія ассоціацій, всѣ представленія X. могли группироваться только вокругъ перенесеннаго имъ

желѣзнодорожнаго крушенія: онъ считалъ себя желѣзнодорожнымъ машинистомъ, кондукторомъ, предполагалъ, что сейчасъ выѣзжаетъ съ поѣздомъ, слышитъ крики людей, раненныхъ при крушеніи поѣзда и т. п. Всѣ эти желѣзнодорожныя представленія пациентъ называлъ сновидѣніями. Ориентированъ пациентъ плохо во времени, пространствѣ. Послѣ бессонной ночи—онъ сердитъ и боится, что его отравятъ. При разговорѣ держитъ въ рукахъ туфли, какъ если бъ онъ желалъ ими защищаться. Проведя хорошо ночь, описываетъ пріятныя событія часто галлюцинаторнаго происхожденія, но пріятнаго содержанія.

При разговорѣ ему не достаетъ словъ—точно такъ какъ при амнестической афазіи. Вниманіе рѣзко ослаблено. Имени врача, которое ему много разъ повторяютъ, плохо схватываетъ. При диктовкѣ забываетъ конецъ фразы. *Westphal* допускаетъ у своего пациента *commotio cerebri*, въ пользу чего говорила рвота, замедленный пульсъ, потеря сознанія тотчасъ послѣ травмы; но не признаетъ никакихъ особыхъ органическихъ поврежденій въ мозгу. Всѣ психическія разстройства у своего больного онъ считаетъ затянувшимися истерическимъ сновиднымъ состояніемъ, съ неодинаковымъ по интенсивности омраченіемъ сознанія въ зависимости отъ (хорошаго) сна и т. д. Очень интересны особенности, которыя отмѣчаются въ состояніи его сознанія, а именно—пациентъ обнаруживаетъ *Ganser*'овскій симптомокомплексъ, а также удержаніе и повтореніе одного и того же слова (*Haftenbleiben-Perseveratio*).

Третій пациентъ *Westphal*'я мясникъ, 43 лѣтъ, упалъ головой внизъ на мостовую, послѣдствіемъ чего, лѣчившій его врачъ нашелъ разрывъ мышцъ и ушибъ спины. Очень скоро послѣ этого паденія у больного появились боли головы и рядъ своеобразныхъ психическихъ симптомовъ. Онъ сталъ апатиченъ, вялъ; въ больницѣ не узнавалъ врачей, не интересовался нисколько окружающимъ. Утверждалъ, что у него въ головѣ пчелы, отмахивался отъ нихъ, какъ если бы онѣ

его кусали, говорилъ объ убоѣ скота, о покупке воловъ, о томъ, что онъ только что вернулся изъ Америки, выбѣгалъ ночью безъ панталонъ на скотный рынокъ и т. д. При распросахъ онъ съ трудомъ могъ дать о себѣ свѣдѣнія, при этомъ сильно гримасничалъ, вытягивая губы, закрывая глаза, поднимая вверхъ брови, причмокивая губами. Зрачковые рефлексы не измѣнены. Произвольныя движенія нормальны. Чувствительность у него понижена. Мѣстами анестезіи сильнѣе выражены, мѣстами-же гиперестезія. Нѣкоторое дрожаніе тѣла. Повышеніе сухожильныхъ и вазомоторныхъ рефлексовъ.

Первое время въ клиникѣ пациентъ былъ спутанъ, бредилъ, галлюцинировалъ. Совсе не ориентированъ ни въ мѣстѣ, ни во времени. Одновременно съ тѣмъ отмѣчалось рѣзкое пониженіе вниманія и памяти.

Пробывъ въ клиникѣ 3 недѣли, онъ вновь показался уже хорошо оправившимся и былъ совершенно ориентированъ. Письмо было правильно, прежде приобрѣтенныя знанія сохранились въ полной силѣ, но часть дефектовъ воспоминанія оставались прежними. Исчезли также и гримассы.

Вскорѣ послѣ возвращенія домой онъ вдругъ опять оказался спутаннымъ, возбужденнымъ и при осмотрѣ его обнаружилась опять та же картина, что и ранѣе, при чемъ память пациента настолько ослабѣла, что онъ ничего не помнитъ о своемъ первомъ пребываніи въ клиникѣ. Рѣзко разстроены письмо и чтеніе. Въ этомъ послѣднемъ отношеніи имѣется почти полная алексія. Съ трудомъ пациентъ могъ разбирать отдѣльныя буквы или числа, помогая однако себѣ все время пальцемъ, обводя имъ контуры разбираемыхъ знаковъ. Безъ такого приема чтеніе было невозможно. Тщательное изслѣдованіе показало въ то же время, что его зрѣніе нормально и что различныя предметы онъ отлично видитъ, забылъ однако значеніе буквъ. Если подсказать забытое слово или названіе, то все же не удастся получить желанный отвѣтъ. Если же удержатъ руки и такимъ путемъ помѣшать ему обводить пальцемъ буквы и цифры, то чтеніе ихъ, какъ сказано совершенно невозможно. Письмо разстроено такъ же, какъ и чтеніе. При разговорѣ въ устной рѣчи обнаруживаются также расстройства; пациентъ все время долженъ искать слова. Всѣ эти амнестически-апатическія расстройства выступаютъ особенно сильно только въ періодъ большого

утомленія и въ теченіе дня представляются неодинаковыми по своей силѣ и степени.

Въ данномъ случаѣ сновидное состояніе сознанія, возникшее на почвѣ травмы возстановилось до нормы, но затѣмъ вновь наступилъ рецидивъ безъ всякихъ повидимому поводовъ, причеиъ обнаружился цѣлый рядъ различныхъ явленій выпаденія и на первомъ мѣстѣ разстройства памяти, спутанность, алексія, аграфія и сенсорная афазія. Этотъ случай *Westphal* точно также считаетъ травматической истеріей.

Четвертый случай казуистики *Westphal'*я касается 27 лѣтн. каменотеса, которому, упавшій на голову камень создалъ переломъ основанія черепа и уложилъ на три дня въ постель безъ сознанія. Оправившись послѣ этого немного, паціентъ жаловался на круженіе головы, боли головы, обморочное состояніе, ослабленіе слуха и зрѣнія.

При изслѣдованіи специалистами, оказалось, однако, что и глаза и уши были совершенно нормальны и даже ослабленіе слуха и зрѣнія не всегда можно было констатировать, а именно оно было незамѣтно тогда, если вниманіе паціента было чѣиъ либо отвлекаемо. Руки у паціента дрожали, рефлексъ были повышены; особыхъ разстройствъ чувствительности не отмѣчалось. Припадковъ судорогъ или потери сознанія не наблюдалось. Психическія операціи были рѣзко замедлены. Спрошенный о чѣиъ либо, онъ беспомощно стоялъ, шевеля губами. Повидимому заданный ему вопросъ онъ лучше схватываетъ, если таковой сопровождается какииъ либо энергичнымъ жестомъ.

При подробныхъ изслѣдованіяхъ обнаруживаются у паціента симптомы амнестической афазіи и общей задержки воспріятія и репродукціи. Память рѣзко ослаблена, ориентировка затруднена. Больной производитъ впечатленіе слабоумнаго.

Полиморфизмъ психическихъ разстройствъ травматическаго происхожденія побуждалъ авторовъ уже съ давнихъ

поръ внести въ эту интересную область какую либо классификацію.

Krafft-Ebing дѣлилъ всѣ душевныя заболѣванія, возникшія послѣ травмы, на два класса. Къ одному изъ нихъ онъ причисляетъ острия или раннія формы психическихъ расстройствъ, къ другому хроническіе и поздно развившіеся психозы. Къ числу первыхъ онъ относитъ тавія душевныя заболѣванія, единственной причиной которыхъ было поврежденіе головы. Ко второму классу онъ причисляетъ психозы, развившіеся не тотчасъ послѣ травмы, но лишь черезъ извѣстный промежутокъ времени или послѣ продромальнаго періода. Этотъ послѣдній характеризуется расстройствами или въ сферѣ вожной и общей чувствительности или въ сферѣ органовъ чувствъ, иногда даже въ сферѣ болѣе сложныхъ проявленій психической жизни, причемъ, если у подобныхъ лицъ, вслѣдствіе благопріятныхъ условій душевное заболѣваніе или не очевидно или оно вовсе не развивается, то во всякомъ случаѣ у нихъ можно предполагать извѣстную ранимость психики, или предрасположеніе къ душевнымъ заболѣваніямъ и т. п.

Ранняя форма травматическаго психоза выражается, по наблюденіямъ *Krafft-Ebing'a* раздражительностью, высокой степенью пониженія психическихъ функцій, маніакальнымъ возбужденіемъ и скоропреходящей спутанностью, сенсорными и моторными расстройствами и другими признаками, входящими въ картину первичнаго слабоумія.

Позднія формы травматическихъ психозовъ отличаются большимъ разнообразіемъ, но большей частью не идутъ такъ далеко въ смыслѣ разрушенія психики больного.

Gudden и *Schule* всѣ травматическіе психозы, принимая во вниманіе время ихъ возникновенія, дѣлятъ на три группы. А) Къ первой группѣ ихъ классификаціи принадлежатъ тѣ психозы, которые возникаютъ сейчасъ послѣ травмы; В) Ко второй группѣ относятся психическія расстройства,

которыя возникли чрезъ нѣкоторое время спустя послѣ травмы; С) къ третьей группѣ принадлежатъ по этой классификаціи тѣ заболѣванія, которыя выражаются пониженной сопротивляемостью и повышеннымъ предрасположеніемъ къ психозамъ, могущимъ возникнуть вслѣдствіе другихъ какихъ либо причинъ.

Въ классификаціи *Schule* первая группа называется первичнымъ травматическимъ психозомъ, а вторая и третья составляютъ вторичное травматическое помѣшательство.

Случаи, относящіеся къ 1 группѣ отличаются острымъ началомъ и бурными симптомами, а именно—полной потерей сознанія, въ первые часы послѣ травмы, неподвижными узкими зрачками, скрежетаніемъ зубовъ, произвольной потерей мочи и кала. Изъ такого состоянія въ дальнѣйшемъ можетъ на нѣкоторое время возвращаться сознаніе, послѣ чего наступаетъ полная спутанность, устрашающія галлюцинаціи, явленія возбужденія и т. п., а затѣмъ въ однихъ случаяхъ наступаетъ глубокое слабоуміе, въ другихъ очень рѣдкихъ случаяхъ, возстановленіе до нормы.

Hartman подобно *KrafftEbing*'у раздѣляетъ всѣ травматическіе психозы на двѣ категоріи, а именно на первичные и на вторичные. По мнѣнію этого автора подобныя травматическія вліянія или могутъ сказываться явленіями тормазы въ сферѣ интеллекта и тогда получается первичное слабоуміе или же въ результатѣ травмы получается центральная реакція въ сферѣ чувства и тогда наблюдаются симптомы неистовства или маніи и т. п. Къ первичнымъ травматическимъ душевнымъ заболѣваніямъ относятся, по мнѣнію *Hartman*'а, такія острыя формы, которыя возникаютъ непосредственно изъ обстоятельствъ травмы, такъ что послѣ проясненія сознанія или послѣ прекращенія комы уже сразу имѣются на лицо многіе признаки душевнаго расстройства.

Вторичные травматическіе психозы не имѣютъ тѣсной связи во времени съ травмой. Напротивъ проходитъ свѣтлый промежутокъ, длящійся большее или меньшее время, въ тече-

ніе котораго можно отмѣтить только нѣкоторыя измѣненія характера или субъективные мозговые симптомы, протекающіе латентно или эхацербирующіе отъ времени до времени. Въ результатѣ послѣ такого промежутка получается или медленно развивающійся психозъ или только предрасположеніе къ душевнымъ страданіямъ острымъ или хроническимъ. Измѣненія характера, являющіяся здѣсь выраженіемъ теплящагося въ зародышѣ латентнаго психоза, сказываются своеобразной раздражительностью, склонностью къ вспышкамъ гнѣва, бѣшеннаго неистовства, насильственными поступками и т. д. Наряду съ этимъ можно отмѣтить ясныя признаки рѣзко выраженной душевной слабости, глубокой распадъ духовной личности, ослабленіе умственныхъ операцій, упадокъ памяти, пониженіе вниманія, спутанность мышленія, затрудненіе воспріятія, слабость сужденія, подвижное, чаще всего угнетенное и плаксивое настроеніе духа съ разнообразными ипохондрическими идеями или тупой апатіей, нетерпимостью къ алкоголю и другимъ вредностямъ, спутанностью сознанія при всякихъ вредностяхъ, дѣйствующихъ на ослабленный мозгъ. При этомъ дѣло доходитъ до галлюцинацій и спутанности. Почти всегда параллельно съ этимъ наблюдаются моторныя, или сенсорныя, или вазомоторныя расстройства самыхъ разнообразныхъ формъ, въ видѣ напр., приливовъ крови и т. д. Кромѣ того имѣется тяжелое сознаніе своего недуга, постоянное ощущеніе душевной немощи со времени полученной травмы и т. п.

Werner склоняется въ сторону принципа дѣлать травматическіе психозы на острые и хроническіе, принимая во вниманіе время возникновенія ихъ вслѣдъ за полученной травмой.

Max-Edel придерживается дѣленія травматическихъ психозовъ на первичные и вторичные. Онъ убѣдился, что во многихъ случаяхъ психозы возникаютъ лишь вторично, т. е. развиваются изъ невроза, причемъ между возникновеніемъ

психоза и совершившейся травмой проходить извѣстный промежутокъ времени, который заполняется какимъ либо неврозомъ. Вообще же травма можетъ, во первыхъ, повлечь за собой психическое страданіе у совершенно здороваго чело-вѣка, во вторыхъ—она можетъ вызвать ухудшеніе уже имѣющагося нервнаго или психическаго заболѣванія; наконецъ травма можетъ создать условія, предрасполагающія появленіе психическаго страданія особенно у субъектовъ, отягченныхъ наслѣдственностью или предававшихся алкоголю и т. п.

Въ клинической картинѣ разыгравшагося психоза выступаютъ на первый планъ мрачный тонъ чувствованія, присутствіи меланхолии или гипохондріи, разочарованіе въ жизни, идеи грѣховности, преслѣдованія и т. д., доводящія пациента до самоубійства.

Въ бредовыхъ представленіяхъ немаловажную роль играетъ здѣсь обстановка самаго травматическаго происшествія и его послѣдствій.

Moeli посвятившій изученію этого вопроса много времени считаетъ особенно типичнымъ у такихъ больныхъ уже въ періодъ, предшествующій развитію психоза неустойчивость душевнаго равновѣсія, большую раздражительность, которая—съ одной стороны—можетъ вести къ вспышкамъ гнѣва,—съ другой—къ угнетенному самочувствію и слезамъ. Больные жалуются на трудность мышленія, на слабость памяти, разсѣянность.

Rathman, среди своихъ 50 душевно больныхъ, пережившихъ передъ душевнымъ заболѣваніемъ травму точно также различаетъ вторичные и первичные травматическіе психозы. Первичными травматическими психозами, онъ считаетъ такіе, которые возникли непосредственно вслѣдъ за травмой; при вторичныхъ—имѣется извѣстный періодъ неясныхъ симптомовъ, длящійся въ нерѣшительныхъ колебаніяхъ большее или меньшее время.

Что касается прогноза травматических психозовъ, то въ этомъ отношеніи наилучшее предсказаніе,—по мнѣнію авторовъ (*Hartman*), представляютъ тѣ случаи, которые возникли непосредственно вслѣдъ за травмой, однако кромѣ самаго времени, протекшаго между травмой и моментомъ возникновенія психоза, нужно имѣть въ виду также и предрасположеніе даннаго индивидуума къ психическимъ страданіямъ. Отягощенные послѣдственностью являются болѣе воспримчивыми къ душевному заболѣванію, чѣмъ люди съ крѣпкой нервной организаціей и безупречными предками. Съ другой стороны изъ числа заболѣвшихъ травматическимъ психозомъ больше надежды на улучшеніе, даютъ отягощенные послѣдственностью, чѣмъ вторые. Вообще травматическіе психозы, подобно тому, какъ и психозы другой этиологіи, можно раздѣлить въ прогностическомъ отношеніи,—на совершенно благоприятно разрѣшающіеся, на таковыя, при которыхъ наступаетъ нѣкоторое улучшеніе, но неполное выздоровленіе и наконецъ совершенно неизлѣчимыя. Большинство авторовъ, работавшихъ по этому поводу (*Kraft Ebing, Koppen, Welt, Schlager, Stolper* и др.) отмѣчаютъ вообще неблагоприятный прогнозъ для травматическихъ психозовъ. Напротивъ *Wille*, отмѣтившій улучшеніе у трехъ своихъ больныхъ держится взглядовъ, тождественныхъ съ *Hartman*'омъ.

Wille описываетъ четырехъ больнхъ, которые были помѣщены въ его Базельскую психіатрическую клинику послѣ травмы головы. Придя въ себя всѣ эти больные оказались въ состояніи глубокаго омраченія сознанія, причемъ по вечерамъ они были возбуждены, испытывали страхъ и галлюцинировали.

Послѣ 2—4 недѣль такое состояніе переходило въ болѣе спокойное и пациенты имѣли въ психическомъ отношеніи сравнительно свѣжій видъ. Такіе больные въ состояніи были теперь воспринимать различныя впечатлѣнія, однако они вовсе не могли ничего комбинировать изъ воспринятаго и совер-

шенно утратили воспоминанія о прошломъ. Двое изъ этихъ паціентовъ не узнавали даже своихъ ближайшихъ родныхъ, очевидно вслѣдствіе того, что образы воспоминанія ихъ личности совершенно исчезли изъ ихъ памяти. Только по истеченіи многихъ недѣль къ нимъ постепенно вернулась память и возстановилась способность комбинировать и работать концепціями. У другихъ двухъ больныхъ обнаружилась наклонность фэбулировать и заполнять фантастическими разсказами пустоты въ воспоминаемыхъ событіяхъ, которыя они воспроизводили съ такой живостью, что совершенно невозможно было усомниться въ томъ, что они дѣйствительно переживали то, о чемъ повѣствовали. Постепенно однако память начала возстановляться. У троихъ описываемыхъ *Wille* больныхъ наступило полное выздоровленіе черезъ извѣстный срокъ и только одинъ изъ его четырехъ паціентовъ впалъ въ слабоуміе со спутанностью.

Hartman изъ 15 случаевъ своихъ первичныхъ травматическихъ психозовъ отмѣтилъ полное выздоровленіе въ шести случаяхъ и въ пяти улучшеніе.

У очень небольшого числа видѣли благопріятный исходъ при травматическихъ психозахъ также *Schüle*, *Köppe* und *Fürstner* и др.

Убѣжденіе авторовъ въ дурномъ прогнозѣ травматическихъ психозовъ сложилось на основаніи различныхъ источниковъ. Во первыхъ къ этому заключенію они должны были придти на основаніи статистическихъ данныхъ и вообще на основаніи клиническихъ наблюденій; во вторыхъ тоже неблагоприятное сужденіе по этому поводу у нихъ складывалось на основаніи данныхъ, добытыхъ на вскрытіи, какъ при острыхъ, такъ и при хроническихъ случаяхъ.

Что касается этихъ послѣднихъ данныхъ — матеріальныхъ поврежденіи нервныхъ центровъ, то форма патолого-анатомическихъ измѣненій какъ головного мозга, такъ и его крововъ представляютъ при травмахъ головы большія разнообра-

вія. Разнообразны, точно такъ же и локалізаціи травматическихъ пораженій, которыя всегда находятся въ зависимости отъ многихъ причинъ; во первыхъ—отъ мѣста непосредственнаго приложенія травматизирующаго орудія, во вторыхъ—отъ условій механизма *contre-coup*, въ третьихъ—отъ возможнаго перемѣщенія всего мозга внутри черепа и т. д. и т. д.

Walton, на основаніи многихъ старыхъ и свѣжихъ травмъ головы, отмѣтилъ нѣсколько формъ острыхъ измѣненій въ мозгу и мозговыхъ оболочкахъ при несчастныхъ случаяхъ, сопровождающихся поврежденіемъ черепа. Обычно однако онъ видѣлъ въ своихъ случаяхъ, разможеніе мозга и появленіе эксудата въ субарахноидальномъ пространствѣ. По его наблюденіямъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ эта эксудирующая жидкость можетъ занимать ограниченное пространство и даже можетъ инкапсулироваться или же напротивъ эксудативный процессъ можетъ разлиться на всю поверхность мозга.

Обыкновенно патолого анатомическія изысканія въ случаяхъ, гдѣ картина развивается остро, обнаруживаютъ ясно выступающія пораженія кровеносной системы въ нервныхъ центрахъ въ формѣ расширенія сосудистаго русла, разрывовъ стѣнокъ крупныхъ сосудовъ, мелкихъ геморрагій. Кромѣ того, изслѣдованія подъ микроскопомъ отмѣчаютъ еще и измѣненія нервныхъ клѣтокъ.

Rüdinger имѣлъ возможность изслѣдовать головной мозгъ черезъ 15 часовъ послѣ травмы. Онъ нашелъ большіе и малые сосуды переполненными кровью. Ихъ лимфатическія влагаллица точно также содержали въ обиліи кровь, были раздуты послѣдней, благодаря чему всѣ эти кровеносные пути лежали какъ бы въ кровяныхъ мѣшкахъ, отдѣлявшихъ сосуды отъ мозговой субстанціи. И въ лимфатическихъ влагаллицахъ и въ окружающей нервной субстанціи лежали въ обиліи кучки кровяныхъ шариковъ, вышедшихъ черезъ стѣнки артеріальныя. Тамъ же видны были точечныя апоплексіи. Клѣтки коры мозга и сѣраго покрова желудочковъ были зернисто перерождены.

Macpherson въ двухъ случаяхъ, гдѣ смерть не такъ скоро наступила послѣ травмы головы, нашелъ вакуолизацию ганглиозныхъ клѣтокъ въ предѣлахъ роландовой борозды и всей лобной доли. Эти же клѣтки были вздуты, увеличены въ размѣрахъ и неправильной формы. Сосуды мозга были ги-перемированы.

Въ случаѣ медленнаго развитія клиническихъ симптомовъ—эти сосудистыя измѣненія возникаютъ повидимому лишь постепенно, а не сразу. Напримѣръ *Martial* наблюдалъ въ клиникѣ *P. Marie* нѣсколько случаевъ *hémiplegie traumatique*, гдѣ симптомы, какъ психическіе, такъ и моторные, такъ и сенсорные (геміанопсіи) появились лишь значительное время спустя послѣ травмы. Анатомическая же основа этихъ симптомовъ, заключалась въ гемморагіяхъ, развивавшихся очевидно отдѣльными этапами, а не сразу, вслѣдъ за травмой.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ медленно развивающагося вліянія травмы результатъ ея сказывается не только въ расстройствѣ кровообращенія, но и въ нарушеніи гармоніи, царившей между различными тканями, входящими въ составъ большихъ полушарій. Напр.

Gulzer описываетъ паціента, у котораго появленіе множественнаго склероза и сопутствующихъ этому психическихъ измѣненій можно было приписать двумъ травмамъ головы, полученнымъ за много лѣтъ (6 лѣтъ) до появленія первыхъ клиническихъ симптомовъ.

Благопріятствуетъ вліянію травмы въ подобныхъ случаяхъ, по мнѣнію автора врожденное неравномѣрное распре-дѣленіе и отношеніе нервныхъ элементовъ къ *Stützsubstanz*, благодаря чему травма нарушаетъ равновѣсіе между этими тканями во вредъ нервнымъ элементамъ. И тогда *Stützsubstanz* развивается отдѣльными гнѣздами въ формѣ множественнаго склероза и во вредъ нервнымъ элементамъ, которые вслѣдствіе этого гибнутъ.

Сосуды однако обычно длительно страдают при всякой значительной травмѣ головы.

Dinkler сообщаетъ исторію болѣзни ребенка, который въ возрастѣ $2\frac{1}{4}$ лѣтъ, упалъ съ высоты 8 или 10 метр. на каменную мостовую. Черезъ $2\frac{1}{2}$ года со времени несчастнаго паденія онъ умеръ, при явленіяхъ рвоты, комы и т. д.

На вскрытіи этого ребенка *Dinkler* макроскопически нашелъ сильнѣйшую диффузную гиперемію коры мозга. Микроскопически въ этомъ случаѣ различались многочисленныя большія и мелкія геморрагіи на днѣ IV желудочка, главнымъ образомъ въ предѣлахъ ядеръ восьми паръ черепныхъ нервовъ особенно возлѣ пятой и десятой пары ядеръ въ продолговатомъ мозгу.

Friedman описалъ стараго солдата, который во время франко-прусской войны, 26 л. тому назадъ взрывомъ бомбы былъ отброшенъ на землю, при чемъ у него лопнула на одной сторонѣ барабанная перепонка. Въ теченіе перваго года послѣ этого, онъ проявлялъ симптомы тяжелаго мозгового заболѣванія, а затѣмъ оправился, но все время считался тяжелымъ неврастеникомъ, — потерялъ свою прежнюю энергію, сталъ апатиченъ, ослабѣлъ въ умственномъ отношеніи особенно со стороны памяти. На вскрытіи его найденъ былъ облитерирующий артериитъ aa. vertebralis и basilaris, гиалиновое перерожденіе мелкихъ артерій и капилляровъ мозга, клеточная инфильтрація сосудистаго влагалища и кровяной пигментъ тамъ. Эти измѣненія сосудовъ, которыя авторъ приписываетъ сотрясенію мозга, вслѣдствіе расширенія бомбовыхъ газовъ, перенесенному 26 л. т. н. и были причиной наблюдаемыхъ при жизни явленій, принимаемыхъ врачами за неврастению.

Иногда колоссальныя разрушенія въ мозгу не даютъ первые дни особенно тяжкихъ клиническихъ симптомовъ.

Dr. *Michel* сообщаетъ исторію болѣзни фабричнаго надзирателя, котораго ударили по головѣ желѣзной полосой. По-

слѣ этого происшествія, онъ не обнаружилъ никакихъ признаковъ сотрясенія мозга и вообще чувствовалъ себя очень хорошо въ теченіе 8 дней; но въ концѣ восьмого дня, вдругъ сталъ жаловаться на головокруженіе, тошноту, на ослабленіе зрѣнія, а затѣмъ при наступившей рвотѣ потерялъ сознание и черезъ нѣсколько секундъ умеръ. Эти явленія предшествовавшія смерти развились и закончились смертью въ теченіе лишь нѣсколькихъ минутъ. На вскрытіи у него были найдены въ обѣихъ затылочныхъ доляхъ полости, выполненныя свертками крови, а въ ихъ окрестности въ корковомъ слоѣ обильныя небольшія кровоизліянія. *Septum ventriculorum* былъ оторванъ отъ *fornix*. По мнѣнію автора, эти кровоизліянія наступили изъ небольшихъ разможженій коркового слоя съ послѣдовательнымъ размягченіемъ ихъ.

Korpen (Ueber Gehirnveränderungen nach Trauma. Neurolog. Centralblt. 1897), имѣвшій въ своемъ распоряженіи богатый матеріалъ травматическихъ заболѣваній мозга, сообщаетъ, что даже въ случаяхъ сотрясеній тѣла, не сопровождавшихся переломами или даже только трещинами черепныхъ костей и вообще, протекшихъ безъ всякихъ поврежденій черепа, онъ находилъ поврежденія нижнихъ частей лобныхъ долей, вершины и нижней поверхности височныхъ долей въ формѣ небольшихъ геморрагическихъ гнѣздъ въ верхнемъ корковомъ слоѣ. Очень часто по его наблюденіямъ въ такихъ случаяхъ встрѣчаются грубыя измѣненія въ формѣ мелкихъ апоплексій вокругъ III и IV желудочка.

Частота поврежденій нижнихъ поверхностей полушарій объясняется тѣмъ обстоятельствомъ, что эти послѣднія наименѣе подвижны именно въ нижнихъ своихъ отдѣлахъ и крѣпче всего привязаны къ костнымъ частямъ именно здѣсь, благодаря толстымъ сосудамъ и многочисленнымъ нервнымъ стволамъ, вслѣдствіе чего неизбѣжны тренія и толчки мозговыхъ массъ о костные выступы и покровы во время передвиженія всего мозга *en masse* внутри черепа. Тотъ же ав-

торъ сообщаетъ, что онъ нашелъ многочисленныя измѣненія въ мозгу, различаемыя микроскопомъ, а именно у субъекта, перенесшаго травму головы за три года до смерти. Въ этомъ случаѣ *Korpen* констатировалъ измѣненія сосудовъ всего мозга, но болѣе всего на нижней поверхности лобныхъ и височныхъ долей, потерю эластичности ихъ, размноженіе ядеръ ихъ стѣнокъ, утолщеніе и варикозное измѣненіе просвѣта и значительное общее расширеніе сосудовъ даже въ нормальныхъ частяхъ мозга. Измѣненія же нервныхъ волоконъ особенно тавгенціальныхъ волоконъ и гангліозныхъ клѣтокъ представлялись сравнительно съ таковыми—сосудовъ ничтожными.

Въ одномъ случаѣ *Korpen*'а, протекшемъ болѣе остро и закончившимся смертью уже черезъ 12 дней послѣ сотрясенія видны были тѣже измѣненія нервной системы, что и въ первомъ случаѣ, но болѣе легкой степени.

По мнѣнію *Korpen*'а травма поражаетъ всю сосудистую систему всего мозга. Вѣроятно происходитъ при этомъ прямое поврежденіе сосудовъ, вслѣдствіе сжатія, которое при этомъ претерпѣваетъ мозгъ; быть можетъ также наступающій острый отливъ крови изъ сосудовъ мозга нарушаетъ питаніе ихъ стѣнокъ. Въ одномъ изъ четырехъ случаевъ, гдѣ *Korpen* точно также нашелъ измѣненія сосудовъ, хотя меньшей степени, отмѣчена была подъ микроскопомъ атрофія клѣтокъ коркового слоя коры, однако въ меньшей степени, чѣмъ при *dementia paralytica*, какъ послѣдствіе гнѣзднаго размягченія въ пользу чего говорило наличіе рубцовъ.

Большое значеніе при травмѣ головы авторъ придаетъ механизму *contre coup*.

Dr. Holder, имѣя обширный матеріаль—150 убитыхъ и самоубійць, отмѣтилъ много интересныхъ данныхъ.

При всѣхъ сотрясеніяхъ мозга, заканчивающихся остро летальнымъ исходомъ, *Holder* всегда находилъ на вскрытіи

капиллярныя кроветеченія—во многихъ, иногда даже во всѣхъ частяхъ мозга, и кромѣ того разрывы мозговыхъ массъ.

Обычно апоплексіи и кровеизліянія происходятъ изъ мелкихъ кровеносныхъ путей бѣлаго и сѣраго вещества, а не изъ крупныхъ сосудовъ, стѣнки которыхъ отличаются значительной толщиной и прочностью. Тончайшіе же капилляры легко теряютъ цѣлость своей стѣнки и разрываются въ поперечномъ направленіи. Кровь, изливающаяся при этомъ черезъ трещины ихъ, не попадаетъ непосредственно въ окружающія мозговья массы, но благодаря существованію околососудистой оболочки, т. е. перилимфатическаго пространства, собирается внутри этого послѣдняго, раздувая упомянутое перилимфатическое пространство и расширяя его предѣлы. Одновременно съ этимъ изливающаяся кровь, надавливая на самый раненный сосудъ, изъ котораго совершается кровеизліяніе, концентрически сдавливаетъ его и такимъ путемъ прекращаетъ кровотеченіе. Иногда разрывается стѣнка не только кровеноснаго сосуда, но и стѣнка перелимфатическаго пространства; въ такомъ случаѣ изливающаяся кровь проникаетъ въ окружающую нервную ткань, между ея элементами. Это явленіе наблюдается чаще въ бѣлой массѣ, гдѣ капиллярныя апоплексіи имѣютъ большіе размѣры, и рѣже въ сѣрой субстанціи. Въ томъ случаѣ, если разрываются стѣнки перилимфатическаго пространства, развивается настоящее капиллярное кровеизліяніе въ мозговую ткань. Чаще, однако, имѣется лишь кажущееся кровеизліяніе въ мозговую ткань,—кажущееся, благодаря тому, что послѣ разрыва сосудистой стѣнки, сохраняется въ цѣлости оболочка перелимфатическаго пространства и задерживаетъ кровь внутри своего мѣшка. Въ томъ случаѣ, если подобные разрывы сосудистой стѣнки имѣютъ мѣсто у нѣсколькихъ капилляровъ, лежащихъ рядомъ, то ихъ раздутыя излившейся кровью перилимфатическія пространства, сближаясь своими периферіями, могутъ симулировать большое кровеизліяніе, истинная природа котораго оредѣляется лишь

микроскопическимъ изслѣдованіемъ. Ложному заключенію о самомъ кровеизліаніи и о размѣрахъ его благоприятствуетъ главнымъ образомъ то обстоятельство, что капиллярные сосуды, расположены весьма близко другъ къ другу и образуютъ сѣти, петли которыхъ имѣютъ въ бѣлой субстанціи 0,1 мм. въ ширину, а въ сѣрой массѣ коры и внутри ганглиозныхъ скопленій отличаются еще меньшимъ діаметромъ. Поэтому макроскопически видимыя на вскрытіяхъ большія кровеизліанія въ большинствѣ случаевъ оказываются при микроскопическомъ изслѣдованіи лишь сближенными другъ съ другомъ и раздутыми кровью перилимфатическими пространствами отдѣльныхъ капилляровъ, наполненными излившейся въ ихъ мѣшки кровью; окружающая-же ихъ ткань, будутъ ли это клѣтки или волокна, оказывается вовсе неразрушенной и среди ея элементовъ можетъ вовсе не быть ни кровяныхъ шариковъ—ни другихъ форменныхъ элементовъ крови, проникающихъ обычно въ ткань при кровеизліаніяхъ. Единственно, что можетъ случиться съ нервной тканью при такихъ кажущихся или ложныхъ геморрагіяхъ—это сдавленіе нервныхъ элементовъ стѣнками, упомянутыхъ раздутыхъ перилимфатическихъ влагалищъ.

Таковы послѣдствія сотрясенія мозга для сосудистой системы въ толщѣ мозговой коры и внутри бѣлаго вещества мозга и вообще тѣхъ мѣстъ, гдѣ нѣтъ крупныхъ сосудовъ. Если, однако, сотрясенія тѣла сопровождаются переломомъ костей черепа и разрывомъ оболочекъ мозга, то всегда къ этому присоединяются разрывы большихъ сосудовъ мозга. Въ этомъ случаѣ, мы видимъ совершенно иную картину, а именно, на вскрытіи большею частью между оболочками мозга, иногда непосредственно подъ костнымъ покровомъ, имѣются скопленія жидкой крови, вышедшей изъ поврежденнаго сосуда и несдерживаемой при этомъ никакими околососудистыми влагалищами, потому что таковыхъ нѣтъ у поверхностныхъ и вообще крупныхъ сосудовъ мозга, лежащихъ въ толщѣ твердой

и мягкой мозговых оболочекъ. Чаще всего при этомъ разрываются артеріи твердой мозговой оболочки, т. е. а. а. meningeaе, менѣе часто поражаются вѣтви, заложенные въ *pia mater*.

Кромѣ отмѣченныхъ поврежденій сосудовъ, наряду съ таковыми встрѣчаются также, какъ сказано, и разрывъ самой вервной ткани. Эти разрывы до 0,1—0,2 мм. въ длину, имѣютъ весьма неправильную форму щелей или трещинъ обыкновенно очень малы и видны лишь при извѣстномъ увеличеніи. Они появляются совершенно независимо отъ поврежденія кровеносныхъ сосудовъ. Это послѣднее заключеніе можно сдѣлать на основаніи того обстоятельства, что такіе, зіяющіе на разрѣзахъ разрывы и щели въ мозгу, оказываются совершенно пустыми и на стѣнкахъ своихъ не содержатъ ни красныхъ шариковъ, ни остатковъ кровяного пигмента. Даже форма этихъ неправильныхъ щелей—говоритъ противъ кровезлиянія, которое должно было-бы образовать округленной формы полости, потому что, какъ только что сказано—внутри-мозговые тончайшіе кровеносные пути, окруженные перилимфатическимъ влагалищемъ, при разрывѣ ихъ, раздвигаютъ послѣднее изливающейся изъ нихъ кровяной жидкостью, вслѣдствіе чего получаютъ округленные пустоты въ мозгу, а не щелеобразные ходы. Здѣсь же разрывы имѣютъ характеръ щелеобразныхъ трещинъ, неправильно удлиненныхъ очертаній, не содержащихъ вовсе кровяныхъ форменныхъ элементовъ и выполненныхъ быть можетъ только серозной цереброспинальной жидкостью. Очевидно, что стѣнки сосудистыхъ путей и притомъ именно капилляровъ, представляя больше эластичности, чѣмъ мозговая ткань, не разрываются съ такой легкостью, какъ мозговья массы. Механизмъ этихъ поврежденій можно понимать какъ результатъ быстрыхъ перемѣщеній жидкихъ и плотныхъ частей внутри костной капсулы изъ одной стороны въ другую и обратно, причемъ, вслѣдствіе неравномѣрной скорости, съ которой передвигаются различныя части мозго-

вой ткани, части, отстающія въ движеніи, отрываются отъ быстрой двиоающихся.

Что касается локализациі описываемыхъ поврежденій, то геморрагическія явленія и капиллярныя апоплексіи встрѣчаются въ наибольшемъ количествѣ въ корѣ полушарій, благодаря, съ одной стороны, наибольшей близости корковыхъ отдѣловъ мозга къ мѣсту приложенія орудія травмы и во вторыхъ, вслѣдствіе прилеганія ихъ къ костному твердому покрову, что имѣетъ значеніе при механизмѣ *contre coup*. Однако и всѣ остальные сферы полушарій и базальныя ганглии и отдѣлы мозгового ствола могутъ точно также содержать также поврежденія, что и кора мозга, но въ меньшей степени. Что касается трещинъ и разрывовъ мозгового вещества, то безкровныя разрывы мозговой субстанции безъ участія кровеносныхъ сосудовъ встрѣчаются въ наибольшемъ количествѣ въ *corpus callosum*, *centrum Wieussenii* и въ Варолиевомъ мосту.

Въ общемъ *Dr. Hölder* нашель въ своихъ случаяхъ слѣдующія поврежденія въ мозгу при травмахъ головы.

1) Возкровныя щели и разрывы главнымъ образомъ въ бѣлой субстанции мозга.

2) Капиллярныя апоплексіи вмѣстѣ съ ничтожными разрывами мозговой субстанции въ 0,04—0,1 мм. въ длину, встрѣчающіяся больше въ бѣлыхъ мозговыхъ массахъ. При этомъ иногда края трещины перилимфатическаго пространства переходять непосредственно въ края мозговой щели.

3) Капиллярныя апоплексіи въ сѣрой субстанции мозгового коркового слоя—и базальныхъ ганглий.

4) Большого размѣра трещины, доходящія до 5 мм., отличающіяся обычно всюду пріостренными краями, но въ бѣлой субстанции иногда имѣющія округленныя контуры. Причину возникновенія этихъ щелей нужно объяснять иногда разрывомъ тонкостѣнныхъ и потому весьма слабыхъ венъ (эти вены тонки въ сѣрой субстанции мозга).

5) Грубыя разможженія мозга преимущественно коры, причѣмъ мозговая тканьъ превращается въ раздробленныя массы, смѣшанныя съ кровью. Разможженіе это происходитъ или вслѣдствіе механизма противо-удара полушарія о костный покровъ, или отъ перелома черепныхъ костей и вибдренія осколковъ послѣднихъ въ толщу мозга, на мѣстѣ приложенія травмирующаго орудія.

6) Большія кровезливія между *dura mater* и черепными костями, вслѣдствіе разрыва *a. meningeaе*. Въ томъ случаѣ, если разрывъ происходитъ на черепномъ сводѣ, т. е. въ предѣлахъ *convexitas cerebri*, кровотеченіе происходитъ не очень быстро и клиническая, а также паталого-анатомическая картина развивается медленно. Напротивъ всѣ явленія идутъ весьма быстро въ томъ случаѣ, если разрывъ *a. meningeaе* происходитъ на основаніи черепа, а именно при прохожденіи ея черезъ *foramen spinosum* клиновидной кости.

Еще острѣе развивается картина при разрывахъ сонной артеріи при прохожденіи ея черезъ *canalis caroticus*, или *sinus cavernosus*. Очень рѣдко встрѣчаются кровезливія, благодаря поврежденію *aa. cerebri mediae* или *anterioris* еще рѣже вслѣдствіе разрыва *circulus Willisii*.

Въ томъ случаѣ, если травма не ведетъ къ смерти, то всѣ перечисленныя выше измѣненія въ мозгу, претерпѣваютъ рядъ метаморфозъ, которыя, или какъ временное, или какъ стаціонарное явленіе, обнаруживаются лишь позже и случайно на вскрытіи лицъ, пережившихъ сотрясеніе мозга.

А) Что касается большихъ очаговъ, лежащихъ въ поверхностныхъ слояхъ коры въ *pia mater* или въ субдуральномъ пространствѣ открытыхъ обычно благодаря поврежденію костныхъ и кожныхъ покрововъ, то образующійся въ этихъ мѣстахъ экссудатъ очень скоро претерпѣваетъ различныя перемѣны. Фибринъ свертывается; красныя кровяныя шарики принимаютъ угловатая формы и постепенно разсасываются, лейкоциты увеличивается въ числѣ, наполняясь жировыми каплями,

очевидно добытыми изъ разрушенныхъ тканей, распадаются затѣмъ на мелкія зерна, а въ тоже время поверхность раны, утрачивая свой грозный геморрагическій видъ, очень скоро блѣднѣетъ.

Въ болѣе глубокихъ частяхъ, а именно въ мѣстахъ капиллярныхъ апоплексій излившаяся кровь, претерпѣвая аналогичныя метаморфозы, разжижаясь, начинаетъ при этомъ распирать лимфатическое влагалище; если оболочка послѣдняго разрывается, то содержимое перилимфатическаго пространства, изливается, окружающую ткань вдоль даннаго сосуда, причемъ самый порванный сосудъ занимаетъ центръ этого очага. Если подобный сосудъ удастся освободить отъ прилегающихъ къ нему частей, то очень точно можно отмѣтить, что всѣ вѣточки его облѣплены дегритомъ, въ которомъ можно съ трудомъ лишь узвать мозговую ткань, кучки бѣлыхъ шариковъ, претерпѣвшихъ ожирѣніе и отдѣльныя распадающіеся красныя кровяныя шарики. Стѣнки сосуда обычно утрачиваютъ свою параллельность, приобрѣтаютъ варикозныя или бухтообразныя расширенія.

Б) Если разрывъ сосуда имѣлъ мѣсто не на периферіи, а въ глубинѣ или внутри болѣе или менѣе плотной нормальной ткани или въ закрытомъ пространствѣ, то кровезливаніе, не принимая грозныхъ размѣровъ, ограничивается предѣлами лимфатическаго влагалища, которое благодаря этому лишь значительно раздвигается на небольшомъ пространствѣ. Въ такомъ случаѣ получаютъ веретенообразныя небольшія расширенія околососудистаго влагалища, которыя можно принять съ перваго момента за миллиарную аневризму, которая въ дѣствительности же есть капиллярная *aneurisma dissecans*. Подъ микроскопомъ въ такихъ случаяхъ обнаруживаются именно небольшія трещины въ стѣнкѣ сосуда и растянутое лимфатическое влагалище.

В) Въ нѣсколькихъ случаяхъ, гдѣ анамнезъ содержалъ указанія на бывшія когда то травмы черепа, *Hölder* на вскры-

тіи отмѣтилъ трещины основанія черепа, идущія черезъ сѣдло основной кости, и щели въ эпендимѣ, покрывающей *nucleus striatum* и *thalamus opticus*—обстоятельство, которое должно быть поставлено въ причинную связь съ бывшей ранѣ травмой тѣмъ болѣе, что въ этихъ щеляхъ были видны остатки бывшихъ кровеизліаній въ формѣ свертковъ и крошекъ крови. Въ обоихъ боковыхъ желудочкахъ одного изъ такихъ случаевъ имѣлось много крови, а въ правомъ изъ нихъ имѣлись остатки небольшого кровеизліанія. Подобныя же кровеизліанія и щели оказались и въ IV желудочкѣ и въ толщѣ *cruca cerebelli ad pontem*. На вершинѣ височной доли и въ правой затылочной долѣ того-же случая имѣлись пещеры величиной въ фасоль, наполненныя желтоватой жидкостью, а лежащая надъ нимъ *ria mater* была рубцевидно измѣнена. Въ затылочныхъ доляхъ на пространствѣ куриного яйца мозговое вещество представлялось спавшимся и состоящимъ изъ конгломерата подобныхъ же полостей. Весьма вѣроятно, что эти пустоты образовались вслѣдствіе бывшихъ ранѣ капиллярныхъ апоплексій и кровеизліаній въ полости перилимфатическаго пространства и разсоставшихся съ теченіемъ времени, послѣ чего мозговая ткань не возстановила, однако, обратно свой прежній объемъ, но атрофировалась въ мѣстахъ наибольшаго давленія, вслѣдствіе чего остались щели и полости.

Въ другомъ случаѣ,—гдѣ *Holder* произвелъ вскрытіе,—на 14 году жизни описываемый имъ субъектъ получилъ побои головы, вслѣдствіе чего съ тѣхъ поръ сильно пострадало его умственное развитіе, а на 43 году тотъ же субъектъ попалъ подъ копыта лошади и колеса груженой повозки. Этотъ несчастливый пациентъ умеръ въ госпиталѣ мѣсяць спустя послѣ этого ужаснаго случая. На вскрытіи *Holder*'омъ были найдены свѣжія трещины черепа, кровеизліанія въ мозговую ткань, тромбозъ синуса, апоплексіи и т. д. что нужно было отнести насчетъ травмы 1 мѣсяць до смерти. Особенное вниманіе

обратило на себя, однако въ этомъ мозгу, слѣдующее обстоятельство: въ корѣ (особенно лобныхъ долей) встрѣчались слабо наполненныя вены и артеріи, окруженныя коричневатымъ пигментомъ и прослойками, состоявшими изъ распадающихся красныхъ и бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ. Изъ этихъ гнѣздъ вены и артерійки совершенно свободно вытягивались пинцетомъ, какъ если-бы онѣ лежали въ широкомъ и пустомъ влагалѣищѣ. Подъ микроскопомъ оказалось, что данные сосуды свободно вытягивались вмѣстѣ со своимъ лимфатическимъ влагалѣищемъ; послѣдніе были наполнены жидкостью и содержали кромѣ того детритъ, красные и бѣлые шарики. Кромѣ того, въ бѣлой субстанціи *thalawi optici*, было отмѣчено нѣсколько мелкихъ полостей выполненныхъ подобнымъ же детритомъ и окруженныхъ желто-красной каймой. Эти второго рода измѣненія очевидно представляли собой послѣдствія побоевъ на 14 году жизни.

Приведенныя здѣсь краткія свѣденія изъ литературы показываютъ такимъ образомъ, что сотрясеніе тѣла, въ частности ушибы головы, ведутъ къ различнымъ органическимъ поврежденіямъ нервной системы, а именно они сопровождаются расширеніемъ просвѣта сосудовъ, уплотнѣніемъ и перерожденіемъ ихъ стѣнокъ, кровоизліяніями въ ткань мозга, появленіемъ трещинъ и щелей въ ткани мозга съ разрушеніемъ волоконъ и вообще бѣлыхъ массъ мозга и измѣненіемъ отдѣльныхъ нервныхъ клѣтокъ.

Особенно важнымъ представляется также и то обстоятельство, что лица, получившія тяжкія травматическія пораженія, оставались несмотря на это иногда долгое время въ живыхъ.

Принимая во вниманіе всѣ эти патологоанатомическія данныя, указывающія на тяжесть органическихъ пораженій, вриходится вполне, согласиться съ клиницистами, которые ставятъ очень сомнительный прогнозъ душевнымъ заболѣваніямъ травматическаго происхожденія.

II.

Приводимыя здѣсь два моихъ наблюденія принадлежатъ къ числу островозникшихъ, первичныхъ травматическихкихъ психозовъ. Въ обоихъ моихъ случаяхъ дѣло идетъ о тяжелой травмѣ головы, гдѣ на основаніи только что приведенныхъ литературныхъ данныхъ слѣдовало предполагать большія органическія поврежденія въ мозгу и гдѣ казалось естественнымъ ожидать самого неблагоприятнаго прогноза.

I Случай.

Ремонтный слесарь Тих—овъ., служащій въ желѣзнодорожныхъ мастерскихъ Юго-Западн. жел. дор., 25 лѣтъ отъ роду трезваго и безупречнаго поведенія, во время ремонта паровоза 1909 г. VI м. получилъ ударъ по головѣ тяжелымъ 15 фунтовымъ ключемъ, примѣняемымъ для завинчиванія гаекъ у рельсовыхъ скрѣпленій. Повалившись на землю и потерявъ сознание, Тих—овъ былъ перенесенъ въ желѣзнодорожную больницу, гдѣ онъ пролежалъ въ теченіе 3 недѣль. Первые дни послѣ ушиба у него была тошнота и рвота. Изъ носа показывалась кровь. Больной хватался за голову, изъ чего можно было заключить о головныхъ боляхъ у него. Стулъ задержался. На седьмой день тошнота и рвота прекратились и паціентъ началъ принимать пищу. Сознаніе однако не возвращалось и, хотя больной что то (большей частію медленно и односложно) отвѣчалъ на задаваемые ему вопросы, но совершенно бессмысленно и не въ попадь. Черезъ три недѣли онъ, выписанный изъ больницы, возвратился домой, а на другой день послѣ этого мать Т—ва, привела его ко мнѣ на амбулаторный пріемъ.

Со словъ матери—сынъ ея послѣ ушиба головы сталъ неузнаваемъ, совершенно все забылъ и сталъ такимъ же тихимъ, какъ малый ребенокъ. Женившись годъ т. н. и, ожидая теперь ребенка, онъ вовсе не замѣчаетъ своей жены. Придя изъ больницы Т—въ не сказалъ никому ни слова, а на жену даже не взглянулъ а между тѣмъ до сихъ поръ между супругами были самыя нѣжныя отношенія и предстоящее рожденіе ребенка радовало его несказанно. Со времени возвращенія домой Т—въ сидитъ совершенно безучастно около стола, ни-

чего не говорить, ничего не просить. Если принесутъ ему кушать, то онъ ѣсть. Ни на что не жалуется. Настойчивыя обращенія къ нему могутъ вызвать лишь односложный отвѣтъ, который, однако, оказывается совершенно безсмысленнымъ. О семьѣ, о работѣ, о женѣ, о предстоящихъ родахъ повидимому вовсе не думаетъ и не сознаетъ всѣхъ приготовленій къ этому. Спитъ хорошо. Не чисто плотенъ. Никакихъ бредовыхъ идей, никакихъ галлюцинацій или иллюзій.

При объективномъ изслѣдованіи опредѣляется слѣдующее. Хорошаго роста, правильнаго тѣлосложенія. Цвѣтъ лица, кожи, тѣла и слизистыхъ оболочекъ—блѣдный. Подкожная жировая кѣтчатка недостаточно развита. Мышцы хорошо развиты. Суставы свободны. На лицѣ и волосистой части головы не обнаруживается никакихъ рубцовъ, неровностей, которые можно-бы было понять, какъ слѣдствіе перелома черепныхъ костей. Пассивныя движенія совершенно нормальны. Произвольныя движенія не отступають отъ нормы. *Чувствительность всѣхъ видовъ болѣе или менѣе понижена и притомъ всюду повидимому равномерно.* Рефлексы сухожильные нормальны. Зрачки средней ширины, равномѣрны, на свѣтъ правильно реагируютъ. *Рефлексы съ cornea, conjunctiva bulbi и глотки—немного понижены.* Пульсъ 70—80 разъ въ мин., средняго наполненія, височныя артеріи извиты. Поле зрѣнія нормально. Правильно читаетъ и пишетъ. Афазіи нѣтъ. Пациентъ относится къ изслѣдованію совершенно безучастно, не обнаруживая во время изслѣдованія ни страха, ни нетерпѣнія, ни любопытства ни неудовольствія. Въ его рѣчи, если можно назвать рѣчью нѣсколько звуковъ имъ произнесенныхъ, походкѣ, манерахъ—ничего искусственнаго, напоминающаго расстройство при Dementia praecox. Нѣтъ стереотипіи, каталепсіи, автоматизма, негативизма, вербигерациі. На вопросъ,—куда онъ пришелъ, гдѣ онъ теперь, какая эта улица, чей это домъ, кто я—отвѣчаетъ тихо „не знаю“. На вопросъ о томъ, когда онъ заболѣлъ, какой теперь день, годъ, число, мѣсяць,—тотъ же отвѣтъ „не знаю“.

На вопросъ—что съ нимъ случилось, какъ поживаетъ его жена, ожидаетъ ли онъ прибавленія семьи, отвѣчаетъ „не знаю“.

Не помнитъ, кто начальникъ мастерскихъ, кто его привелъ домой изъ больницы, не знаетъ фамиліи врачей желѣзно-дорожной больницы.

На вопросъ, что у него болитъ показываетъ рукой на голову. На вопросъ—что онъ собирается дѣлать, пойдетъ ли въ мастерскія,—отвѣчаетъ „не знаю“. Всѣ отвѣты апатичные, безъ всякаго волненія. Лицо при этомъ неподвижное и безучастное. Приближеніе булавки къ его лицу, или бумажки къ его главному яблоку не вызываетъ ни малѣйшей реакціи съ его стороны—въ смыслѣ страха, неудовольствія и т. п. Изъ тщательныхъ распросовъ родныхъ можно установить, что ни бредовыхъ идей, ни обмановъ чувствъ въ формѣ галлюцинацій или иллюзій больной не имѣетъ. Диагнозъ—*Dementia acuta traumatica post commotionem cerebri*. Лечение: мушки на затылокъ въ игральную карту, каждые 4 дня.

Черезъ мѣсяцъ послѣ этого приведенный матерью на мой амбулаторный приемъ Т—въ, обнаруживалъ ту же апатию, то же отсутствіе свѣдѣній, то же равнолучіе къ вопросамъ и приемамъ объективнаго изслѣдованія. По словамъ матери—пациентъ находился въ той же комнатѣ, гдѣ происходили роды жены, (т. е. вся ихъ квартира состоитъ изъ одной комнаты), завершившіяся рожденіемъ крѣпкаго, кривливаго ребенка на его глазахъ. Обстоятельство это не произвело никакого впечатлѣнія на больного Т—ва. Онъ все время сидѣлъ у стола, повидимому не замѣчая ни самого ребенка, ни всей суеты и приготовленій передъ рожденіемъ его. Кромѣ того мать утверждаетъ, что онъ пересталъ говорить.

Изъ словъ матери можно было такимъ образомъ заключить о рѣзкомъ пониженіи вниманія, о невозможности понять окружающее и быть можетъ также о появленіи у него афазіи. Желая опредѣлить, вѣтъ ли у него афатическихъ расстройствъ, ему было произведено соотвѣтствующее этому изслѣдованіе, при чемъ оказалось, что задаваемые ему односложныя слова—онъ свободно, но очень медленно повторялъ. Двусложныя повторялъ еще медленнѣе, дѣлая ошибки или въ началѣ слова или на концѣ его. Трехсложныхъ словъ онъ вовсе не могъ повторить. Повидимому онъ забывалъ ихъ ранѣе, чѣмъ собрался произвестъ первый слогъ заданнаго слова.

Называемые предметы изъ числа находившихся въ комнатѣ (столъ, стулъ, окно рубаха, носъ, ротъ, лобъ, ухо) показавъ правильно, но довольно медленно безучастно и молча. Не могъ однако показать лампы висѣвшей высоко на стѣнѣ

и при томъ незажженной, не показаль дивана, на которомъ сидѣль, коврика, на которомъ, стояли его ноги.

Показываемые предметы (чернильница, бумага, перо, дверь) назваль, хотя очень медленно, другихъ (часы, ключъ, золотую монету) не назваль и взялся за голову, какъ если бы она у него заболѣла отъ этихъ задачъ и изслѣдованій. Въ отвѣтъ его замѣчается нѣкоторая персеверация: чернильницу, бумагу, перо, промокательную бумагу—онъ называль вначалѣ „чернильницей“, а потомъ называль настоящимъ именемъ.

На основаніи дальнѣйшаго изслѣдованія въ этомъ направленіи можно было придти къ заключенію, что афазіи въ строгомъ смыслѣ слова нѣтъ, но имѣется общая задержка душевныхъ операций, необычайная слабость вниманія, рѣзкое пониженіе памяти и апатія,—что могло обусловить афатическіе ошибки. Терапія оставлена та же.

Черезъ 2-3-4 мѣс., когда пациента приводили ко мнѣ на амбулаторный приѣмъ, я не замѣтилъ никакихъ измѣненій въ сферѣ психическихъ отправленій. Только вѣсъ его повысился на 8—10 фунт. и повидимому больной сталъ чувствовать сильнѣе уколъ булавкой въ кожу, грудь и ноги.

Черезъ 6 мѣс. послѣ упомянутаго происшествія пациентъ былъ вновь приведенъ матерью на приѣмъ. Со словъ ея въ состояніи сына наступили нѣкоторыя перемѣны. Онъ сталъ просить ѣсть и пить, тогда какъ ранѣе забота о томъ, чтобы онъ не голодалъ, лежала на другихъ. Точно также теперь онъ по собственному желанію выходилъ на воздухъ за большою и малою нуждой. Обнаруживаль желаніе выходить на улицу и посидѣть возлѣ входной двери. Наконецъ до сихъ поръ не замѣчалъ жены, а теперь началъ ласкать ее.

При объективномъ изслѣдованіи пациентъ оказался менѣе апатиченъ и уже сріентировался въ мѣстѣ и времени. Зналь, что у него родился ребенокъ „Саша“, но не понималъ по-прежнему, что съ нимъ случилось.

Въ соматическомъ отношеніи обнаружилось улучшение чувствительности и возстановленіе кожныхъ рефлексовъ.

Черезъ 2 мѣс. послѣ этого, т. е. 28.II.1910 г., онъ явился на приѣмъ одинъ. Войдя ко мнѣ въ кабинетъ со слезами на глазахъ сообщилъ, что вчера онъ окончателно пришель къ сознанію. Объ несчастномъ событіи у него осталось

только суммарное воспоминаніе. Онъ помнитъ по его словамъ лишь то, что онъ мылъ голову послѣ ушиба ея и пилъ воду. Но это воспоминаніе очевидно ложное, такъ какъ пациентъ послѣ ушиба головы повалился на полъ безъ сознанія и въ такомъ видѣ былъ перенесенъ въ больницу.

При разговорѣ пациентъ немного волнуется, но говорить совершенно правильно. Онъ совершенно ориентированъ, сознательнъ, обнаруживаетъ желаніе работать. Въ соматическомъ отношеніи можно было констатировать нѣкоторую игру вазомоторовъ (дермографизмъ), нѣкоторую подвижность пульсовыхъ ударовъ (отъ 80 до 90 въ минуту), рѣзко повышенные сухожильные рефлексы, ослабленіе задне-глоточнаго рефлекса. Чувствительность была теперь совершенно нормальна, поле зрѣнія не сужено. Сфера всѣхъ черепныхъ нервовъ и всѣхъ остальныхъ отдѣловъ нервной системы, представляла болѣе или менѣе нормальныя отношенія.

II случай.

Помѣщикъ Нѣжинскаго уѣзда С. ѿхаль въ саняхъ съ женой и сыномъ. Когда сани приблизились къ барьеру шоссе-наго сборщика, то лошади понесли, чего то испугавшись, и всѣ путешественники выпали, при чемъ кучеръ получилъ переломъ черепа въ двухъ мѣстахъ, но остался живъ, жена г. С. отдѣлалась легкими ушибами, сынъ получилъ тяжкія поврежденія и въ тотъ же день скончался. Что же касается самого помѣщика С., то онъ, выброшенный изъ саней на мерзлую землю оказался въ безчувственномъ состояніи съ слабыми признаками жизни. Перенесенный въ жилое помѣщеніе, онъ не приходилъ въ сознаніе и не шевелился ни однимъ членомъ. Только по наличію дыханія и сердцебіенія можно было догадаться о томъ, что онъ еще живъ. Очень скоро послѣ паденія началась рвота, продолжавшаяся въ теченіе 6—8 дней.

Въ началѣ второй недѣли, онъ открылъ глаза. На третьей недѣлѣ, онъ могъ вставать. Съ тѣхъ поръ никакихъ дальнѣйшихъ улучшеній и все время одна и та же монотонная картина. Спитъ хорошо и даже много. Все время молчитъ. Не обнаруживаетъ никакой инициативы и никакого интереса къ окружающему. Помѣщенный въ земскую больницу, онъ не обнаружилъ затѣмъ никакого удивленія, ни удо-

вольствія, ни радости при возвращеніи домой. Онъ такъ себя ведетъ, что женѣ кажется будто мужъ ея вовсе не замѣтилъ своего перемѣщенія. Онъ не замѣчаетъ никого въ томъ числѣ и жены.

Его характеръ рѣзко измѣнился. Энергичный, распорядительный, веселый, разговорчивый до паденія,—онъ не произносить по своему почину ни одного слова, не проситъ ни ѣсть, ни пить; не отправляетъ естественныхъ нуждъ безъ посторонней помощи и напоминанія. Не можетъ самъ одѣться. Не замѣчаетъ недостатковъ своего костюма, не замѣчаетъ своихъ близкихъ. Не знаетъ о смерти своего сына.

18 января 1910 г., т. е. черезъ 6 недѣль послѣ паденія С. былъ приведенъ своей женой ко мнѣ на амбулаторный приемъ. Пока жена сообщала всѣ ужасныя подробности несчастнаго случая, унесшаго въ могилу ихъ сына и причинившаго заболѣваніе мужа, С. сидѣлъ неподвижно и безучастно. Лицо ничего не выражало, ротъ пріоткрытъ, нижнія вѣки обоихъ глазъ рѣзко опущены, такъ что бѣлковая оболочка глаза выступаетъ ниже радужной. Складки и морщины сглажены, туловище слегка опущено и согнуто. Ни малѣйшаго движенія души не отразилось на лицѣ его при упоминаніи о смерти сына и печальныхъ подробностяхъ, предшествовавшихъ этому.

Изслѣдованіе соматической сферы дало слѣдующія данныя.

Средняго роста, крѣпкаго сложенія. Слабое развитіе подкожнаго жира, рѣзкая блѣдность слизистыхъ оболочекъ и кожи. Дистальные части конечностей болѣе или менѣе холодны. Размѣры сердца не измѣнены. Пульсъ 70. Пассивныя и произвольныя движенія совершенно правильны. Суставы свободны, неболѣзненны. Нервные стволы нечувствительны къ давленію. Постукиваніе по спинному хребту неболѣзненно. На черепѣ, затылочныхъ костяхъ и теменныхъ буграхъ кость съ трудомъ ощупывается, такъ какъ кожа инфильтрирована и представляется твердой и припухлой.

Глубокіе уколы не вызываютъ ни малѣйшей реакціи ни на туловищѣ, ни на конечностяхъ, только особенно нѣжныя части лица, напр. носъ и лобъ сохранили нѣкоторую чувствительность и здѣсь уколъ булавкой больному настолько непріятенъ, что онъ вскрикиваетъ, слегка закрываетъ глаза и морщитъ лицо, однако лишь въ томъ случаѣ, если булавка

входила медленно и притомъ глубоко. Характерно при этихъ уколахъ въ лицо, которые были нѣсколько разъ повторены, что каждый разъ при приближеніи булавки у пациента не проявлялось никакого движенія самозащиты, хотя бы намѣренія отстраниться отъ булавки, удалить свое лицо отъ нея. Очевидно пациентъ не накоплялъ въ этомъ отношеніи никакого опыта отъ предшествующаго укола, сопровождающагося болями. Части лица, покрытыя волосами, были тоже совершенно нечувствительны при неглубокихъ уколахъ.

Рефлексы сухожильные и кожные со стороны пяти, ахилловаго сухожилія, треглавой мышцы—нормальны.

Рефлексы слизистой оболочки глотки, глазного яблока, роговицы понижены. Зрачки средней ширины, равномѣрны, реагируютъ на свѣтъ нормально. Нистагмуса нѣтъ. Читаетъ тихо, но очень медленно, безъ всякой интонаціи, ошибаясь въ буквахъ, слогахъ и даже словахъ. Не можетъ передать содержанія прочитанной строчки даже въ три, четыре слова. Пишетъ свою фамилію только подъ диктовку. Списываетъ же ее правильно, но медленно. Другихъ словъ подъ диктантъ и по собственной инициативѣ не пишетъ. Почеркъ дрожащій. Буквы ставитъ неровно, съ различнымъ наклономъ. Показываемые разнообразныя предметы, называетъ нѣсколько разъ къ ряду „хлѣбомъ“, затѣмъ при повторномъ показываніи тѣхъ же предметовъ называетъ ихъ точно. Сергучъ, цинковую фигуру, изображающую свинью и электрическую лампу, шарообразной формы—не могъ назвать.

Простыя арифметическія дѣйствія: $4:2=6$; $2+2=2$; $2+3=3$; $3-1=3=0$. По своей инициативѣ не говоритъ. На вопросы и притомъ весьма краткіе, отвѣчаетъ негромкимъ голосомъ и очень медленно. На вопросы, состоящіе изъ 5—8 словъ вовсе не отвѣчаетъ. На вопросы, касающіеся времени и обстоятельствъ своего заболѣванія, о днѣ его рожденія, его лѣтахъ, года женитьбы, даннаго числа, мѣсяца и года, мѣста, гдѣ онъ находится, его профессіи, профессіи лица, въ кабинетѣ котораго онъ теперь сидитъ, отвѣчаетъ „не знаю“. На вопросъ что его беспокоитъ, болитъ, пугаетъ, озабочиваетъ,—отвѣчаетъ „не знаю“. Галлюцинацій никакихъ, никакихъ бредовыхъ идей.

Никакихъ явленій каталепсіи, никакихъ признаковъ негативизма, стереотипій или автоматизма. Больному прописаны

мушки на затылокъ, 4% іодистую микстуру и ежедневно теплая ванны въ 28° R.

Черезъ мѣсяць послѣ этого, а именно 18 февраля 1910 г. Г. С. вновь былъ у меня на пріемѣ. Пациентъ входитъ за женой, которая ведетъ его сначала за руку, идя впереди его и минувъ различные предметы, чтобъ усадить его на диванъ. Больной не произноситъ ни звука пріѣтствія, не оглядываетъ окружающую обстановку, взоръ его пріопущенъ, мимика лица совершенно пустая, безсодержательная, складки лица большею частью сглажены. Будучи усаженъ женой, онъ слегка сторбился и неудобно опустилъ руку вдоль колѣнъ. Голова его при этомъ опущена на грудь. Дышетъ довольно шумно, напоминая дыханіе крѣпко спящаго человѣка. Апатиченъ, молчаливъ, безразличенъ. Зрачки средней ширины, равномерны. Реакція прямая на свѣтъ и сочувственная нормальны. Установить реакцію на аккомодацию и конвергенцію не удается, такъ какъ пациентъ не фиксируетъ предметовъ. Совершенно невозможно установить, нѣтъ ли суженія поля зрѣнія по той же причинѣ. Можно съ увѣренностью однако сказать, что онъ видитъ, такъ какъ приказаніе положить руку на столъ и т. д. онъ исполняетъ такъ же легко, какъ и зрячій. Точно также очевидно, что онъ слышитъ хорошо, но одинаково ли обоими ушами рѣшить невозможно, т. к. невозможно фиксировать вниманія пациента.

На вопросъ что у него болитъ, на что жалуется—отвѣчаетъ, „якъ“, (малоросійское „какъ“) но за голову не берется, какъ въ предыдущій разъ. На вопросъ, какъ его имя и фамилія—долго собирается съ мыслями, ищетъ чего то около себя и наконецъ очень тихо называетъ фамилію (правильно).

На вопросъ, кто его сопровождаетъ сюда, какъ зовутъ его жену, гдѣ теперь она,—отвѣчаетъ „не знаю“. Приказаніе „Взгляните на эту даму, которая Васъ сюда привела и скажите какъ ее зовутъ“,—исполняетъ и тихо говоритъ „Это Анюта“. „Кто же она—Ваша сестра, жена, мать, дочь?“—Отвѣчаетъ „не знаю“.

Длинную фазу, въ которой встрѣчаются нѣсколько вопросовъ—онъ видимо не можетъ понять, хотя и старается. Это послѣднее выражается тѣмъ, что пациентъ нѣсколько разъ спрашиваетъ по малоросійски „якъ“. Жена утверждаетъ, что, хотя онъ обычно съ крестьянами говорилъ по малоросійски,

но со всѣми остальными своими знакомыми онъ всегда говорилъ по русски правильно и интеллигентнымъ языкомъ. Со времени пережитаго нестастья—тѣ немногія слова, которыя отъ него можно было получить при настойчивыхъ повтореніяхъ, онъ произноситъ только на малороссійскомъ нарѣччі—„хлибъ“, вмѣсто хлѣбъ „кинъ“ вмѣсто конь, „человикъ“ вмѣсто человекъ и т. д.

Жена утверждаетъ, что онъ забылъ русскій языкъ, а также, и то обстоятельство, что она его жена, что онъ совершенно не различаетъ ее среди другихъ женщинъ, живущихъ въ ихъ домѣ и, хотя называетъ ее *Антою*, но въ этомъ имени нѣтъ ни его привычной ласки, ни нѣжности, какъ это было прежде. Онъ не смотритъ на нее такъ нѣжно, какъ прежде, чуждъ ей и равнодушенъ, какъ и къ няни его дѣтей, экономкѣ, швеѣ, живущимъ въ ихъ домѣ, съ которыми онъ точно также не разговариваетъ, какъ и съ женой и съ кѣмъ либо другимъ въ ихъ домѣ.

Жена пришла къ убѣжденію, что онъ забылъ всѣ свои дѣла, а между тѣмъ наступили сроки уплаты въ банкъ и казначейство; ихъ адвокатъ ждетъ распоряженій по поводу иска, начатаго больнымъ. Вся текущая жизнь требуетъ участія мужа въ этихъ дѣлахъ.

Теперь на всѣ даже несложные вопросы, касающіеся ихъ денежныхъ дѣлъ, юридическихъ отношеній, хозяйственныхъ распоряженій—мужъ спрошенный много разъ повторяетъ „якъ“, а затѣмъ отвѣчаетъ „не знаю“.

Совершенно апатичный, безчувственный и безразличный, онъ сидитъ цѣлые часы безъ движенія тамъ, гдѣ его усадятъ со взглядомъ тупо устремленнымъ въ пространство, съ полуоткрытымъ ротомъ, изъ котораго вытекаетъ слюна. Онъ мѣняетъ мѣсто только, если его возьмутъ за руку и переведутъ. Онъ начинаетъ ѣсть, если ему принесутъ. Самъ онъ не понимаетъ объ этомъ; по своей инициативѣ онъ не отправляетъ естественныхъ нуждъ и можетъ задерживать эти отправленія цѣлыми сутками, не пачкаясь однако испраженіями, не теряя ихъ въ панталоны и не дѣлая подъ себя въ постель.

Онъ не обнаруживаетъ своими словами или жестами ни гнѣва, ни страха, ни тоски, ни радости; повидимому онъ не имѣетъ обмановъ чувствъ ни зрительныхъ, ни слуховыхъ. Спитъ хорошо, ѣсть также исправно. Послѣднія три недѣли

онъ рѣже беретъ за голову, вѣроятно она болитъ меньше, чѣмъ прежде.

Проба чтенія (три печатныхъ строки на русскомъ языкѣ), объявленіе о продажѣ дома прочелъ тихо, но правильно, не можетъ однако сообщить содержаніе прочитаннаго.

Двѣ писанныя строки малороссійской пѣсни „Ой не ходи Грицю“... прочелъ, но передать содержаніе не можетъ. Называемые по русски предметы показываетъ правильно. Показываемые предметы называетъ по русски-же правильно.

Повторяетъ слова односложныя и двусложныя свободно. Трехсложныя и четырехсложныя, если эти слова очень извѣстны (Полтава, Черниговъ, Екатеринославъ) произноситъ весьма свободно; ошибается однако, если слова малоупотребительныя (инструкторъ, лаборантъ, катехизисъ). Не можетъ вовсе повторить многосложныхъ (Константинопольскій, антиконституціонный, землеустроительный) или многословныхъ фразъ (отъ топота копытъ пыль по полю летитъ), повторяя лишь послѣдніе два слога или послѣднее слово, очевидно забывая начало фразы или слова. Вниманіе сильно ослабѣло: считать дни отъ воскресенья назадъ не можетъ, такъ же какъ и просчитать отъ 1 до 10 и обратно отъ 10 до 1.

Хотя онъ сидитъ безъ шляпы, но *получивъ приказаніе снять ее*, подноситъ руку къ головѣ и начинаетъ искать на ней шляпу, чтобы сбросить таковую. Хотя сидитъ въ сапогахъ, но на приказаніе „надѣньте Ваши сапоги“ вытягиваетъ ногу, какъ если-бъ ему приходилось надѣвать сапогъ съ длиннымъ голенищемъ и въ тоже время обѣими руками начинаетъ искать подъ кушеткой сапоги. Не находя шапки на головѣ и сапогъ подъ кушеткой, на которой сидитъ успокаивается и сейчасъ-же принимаетъ прежнюю апатичную, безразличную позу. Послѣ поисковъ сапогъ было опять приказано сбросить шляпу и С. вновь сталъ искать ее на головѣ, вслѣдъ затѣмъ ему вновь предложили надѣть сапоги. Такія приказанія въ теченіе 15 мин. были отданы 5 разъ, причемъ очевидно, не давая себѣ отчета, что онъ въ сапогахъ, но безъ шляпы и забывая, что онъ въ этомъ только что убѣдился, каждый разъ пытался исполнить приказаніе.

При изслѣдованіи болевой чувствительности только на лицѣ, С. чувствовалъ боль при уколѣ, но ни разу не отклонился заранѣе, когда къ нему подносили длинную булаву и

только тогда каждый раз вскрикивалъ, когда булавка входила глубоко въ кожу. Поднесеніе къ его глазу горячей спички вызывало въ немъ попытку повернуть и откинуть голову; однако онъ дѣлалъ это лишь тогда, если спичка была на очень близкомъ разстояніи и вѣроятно согрѣвала его щеку. Только тогда онъ отворачивался отъ горячей спички. Очевидно помимо слабости вниманія и пониженія памяти, онъ былъ агностиченъ въ отношеніи зрительныхъ впечатлѣній и только комбинація зрительныхъ съ тепловыми и болевыми давала ему возможность ориентироваться.

Для пробы письма ему былъ данъ карандашъ. С. обмакнулъ его въ чернильницу. Тогда ему была дана ручка, изъ которой вынута было перо. Эту ручку онъ усердно мокалъ и пробовалъ писать. Такъ какъ получались только потоки чернила, но ни выходило тонкихъ буквъ, то онъ оставилъ письмо.

Очевидно и здѣсь недостатокъ вниманія и при томъ особенно зрительнаго, мѣшало ему замѣтить свой промахъ.

Эту же слабость зрительнаго вниманія замѣтила очевидно и жена, вводя его за руку въ кабинетъ и толкая его потомъ впередъ, какъ если бы онъ былъ слѣпой.

Что касается письма, то хорошимъ перомъ онъ написалъ свою фамилію и городъ „Кіевъ“, но слово „митрополитъ“ ему не удалось. Онъ написалъ „мирполитъ“ и „Гурбеноръ“ вмѣсто Губернаторъ; вмѣсто человекъ — „чевѣкъ“ и всего этого исправить не могъ.

На разспросы объ обманахъ чувствъ, бредовыхъ идеяхъ, о состояніи его настроенія духа, С. отвѣчалъ или „не знаю“, или очевидно вовсе не понимая вопроса повторялъ „якъ“.

Соматически онъ выглядѣлъ лучше, чѣмъ въ первый разъ. Менѣе блѣденъ, немного пополнѣлъ. Одѣтъ также грязно, какъ и въ первый разъ, борода всклокочена съ крошками пищи въ ней, волосы въ беспорядкѣ. Панталоны и пиджакъ свѣже запаханы, б. м. за 1—2 часа до прихода къ мнѣ—отъ нѣсколькихъ родовъ пищи (молоко, жиръ и т. д.), бѣлье же надѣто свѣжее. Кожа чиста, безъ запаха, видимо благодаря частымъ ваннамъ. Незамѣтно никакихъ сыпей, никакихъ отековъ подкожной влѣтчатки. Никакого припуханія желѣзъ. На затылкѣ слѣды свѣжихъ мушекъ. Нѣтъ ни параличей, ни парезовъ; нѣтъ дрожаній; нѣтъ атрофій мускулатуры тѣла. Чувствительность всѣхъ видовъ совершенно отсутствуетъ на всемъ

тѣлѣ кромѣ частей лица, непокрытыхъ волосами, гдѣ уколы булавками болѣзненны и гдѣ точно также тепло вызываетъ непріятное ощущеніе у С.

Рефлексы сухожильные, ахилловы, пателлярныя, *mm. supinatoris longi, tricipitis* нормальны; съ пятки,—на *m. sternomaster* и рефлексъ съ брюшныхъ покрововъ не отступаютъ отъ нормы. Пониженъ рефлексъ съ *conjunctiva bulbi* и съ *cornea*; вовсе отсутствуетъ рефлексъ съ задней стѣнки глотки.

Такимъ образомъ и въ этотъ разъ, когда больной могъ быть болѣе подробно осмотрѣнъ, можно было отмѣтить съ точки зрѣнія невропатологической только рѣзкое разстройство чувствительности. Въ психологическомъ отношеніи глубокія измѣненія обнаружены по прежнему со стороны вниманія и памяти. Кромѣ этого можно было говорить объ общемъ замедленіи теченія ассоціацій, о задержкѣ мышленія, объ ослабленіи активнаго вниманія, объ отсутствіи пассивнаго вниманія, о невозможности комбинировать нѣсколько чувствительныхъ впечатлѣній, напр. зрительныхъ и слуховыхъ. Афатическія и парафатическія разстройства можно было объяснить именно измѣненіями функцій апперцепціи и репродукціи. Какихъ либо органическихъ измѣненій не открывалось.

При слѣдующихъ осмотрахъ 12 апрѣля и половины мая 1910 г.—картина та же, безъ всякихъ измѣненій. Тѣ же явленія апатіи, безучастія, *stupor*, отсутствіе какихъ либо обмановъ чувствъ или работы мысли. Въ сферѣ соматическихъ отправленій отмѣчено нѣкоторое улучшеніе питанія. Цвѣтъ кожи болѣе свѣжій, увеличеніе вѣса (со словъ жены) на 5 фунт. Чувствительность къ уколамъ не возстановилась или во всякомъ случаѣ не улучшилась на конечностяхъ и туловищѣ, т. ч. больной вовсе не реагируетъ на уколы на рукѣ, лицѣ, ногахъ и животѣ.

Съ тѣхъ поръ я не видѣлъ больше Г. С., но въ сент. 1910 г. на моемъ амбулаторномъ приѣмѣ былъ сосѣдь Г. С. по имѣнію и сообщилъ, что Г. С. совершенно поправился, началъ хозяйничать и прч.

Не имѣя возможности получить болѣе точныя данныя о состояніи его психики и о степени возстановленія его здоровья—я все же принялъ это извѣстіе въ свѣдѣнію и допускаю, что больной нашъ получилъ значительное улучшеніе а для окружающихъ кажется и совсѣмъ нормальнымъ.

Приводимые здѣсь два случая тождественны по своей этиологіи и развитію клинической картины, а именно: заболѣваніе развилось внезапно, остро, вслѣдъ за полученной травмой нервной системы.

Принимая во вниманіе ранѣе изложенныя данныя классификаціи, эти оба заболѣванія относятся къ одному и тому же классу первичныхъ или острыхъ травматическихъ психозовъ. Травма обоихъ нашихъ паціентовъ была тяжелая, касалась головного мозга и сразу же вызвала рядъ тяжелыхъ симптомовъ со стороны именно нервныхъ центровъ (рвоты и потеря сознанія), которые продолжались большее или меньшее время, а затѣмъ развилась совершенно монотонная картина цѣлаго ряда нарушеній въ психическихъ отправленияхъ. Оба паціента перестаютъ воспринимать окружающую дѣйствительность перестаютъ перерабатывать имѣвшійся ранѣе запасъ представленій, и не могутъ вызвать таковыхъ изъ склада, воспоминаній, вслѣдствіе этого не могутъ ориентироваться ни во времени, ни въ пространствѣ, ни въ личности, не замѣчаютъ близкихъ людей, не могутъ ни оцѣнить, ни понять совершающихся событій. Нѣтъ никакихъ движеній въ сферѣ интеллекта, отсутствуютъ обманы чувствъ, нѣтъ иллюзій, галлюцинацій, нѣтъ бредовыхъ идей,—тонъ настроенія безразличенъ.

Оба сохраняютъ полное равнодушіе, не переживаютъ никакихъ волненій, лишены всякихъ проявленій воли, всякой инициативы, всякихъ начинаній.

Параллельно съ этимъ полный распадъ личности. Попеченіе о личности физической всецѣло лежитъ на окружающихъ больного родныхъ, даже голодь, жажда и нисшія отправления организма зависятъ отъ усмотрѣнія ихъ. Нѣтъ, повидимому и сознанія болѣзни. Умственная личность обоихъ больныхъ не существуетъ. Нѣтъ никакихъ процессовъ ассоціацій, даже самыхъ элементарныхъ, которые можно было бы считать хотя слабымъ проблескомъ этой личности. Уничтожена также и социальная личность этихъ обоихъ паціентовъ. Въ ихъ соз-

нані утратилось понятіе объ обществѣ, среди котораго они жили. Отсюда понятно прекратилась связь ихъ съ людьми и обязанность въ отношеніи ихъ, которыя эти паціенты должны были на себѣ нести и чувствовали ихъ.

Что касается сущности заболѣванія, то связь его съ полученной травмой, говоритъ въ пользу того, что это страданіе травматическаго происхожденія и вызвано сотрясеніемъ головного мозга.

Считать данное заболѣваніе только травматическимъ неврозомъ—невозможно. Противъ этого говоритъ отсутствіе субъективныхъ жалобъ нашихъ паціентовъ, отсутствіе типичныхъ вазомоторныхъ явленій, нормальное состояніе сердца, пульса, рефлексовъ и проч. Исключая такимъ образомъ травматическій неврозъ, нужно остановиться въ данномъ случаѣ на діагнозѣ травматическаго психоза.

Изъ числа перечисленныхъ ранѣе формъ, описанныхъ уже ранѣе другими авторами, совершенно можно исключить паранойю, вслѣдствіе отсутствія бредовыхъ идей и др.

Съ равнымъ правомъ можно исключить также и кататонію—т. е. никакихъ характерныхъ для кататоніи (моторныхъ и др.) симптомовъ не отмѣчалось.

Вовсе нельзя говорить о меланхоліи, потому что нѣтъ ни типичныхъ бредовыхъ идей, ни характернаго ступора. Этому противорѣчатъ также полное отсутствіе ориентировки.

Совершенно исключаются душевныя заболѣванія съ маниакальнымъ отдѣнкомъ или эпилептиформные психозы, описанные напр. Скае, потому что въ данномъ случаѣ не было съ одной стороны характерныхъ припадковъ, а съ другой—отсутствовали симптомы возбужденія; напротивъ паціенты все время были апатичны.

Съ полнымъ правомъ можно исключить тѣ острия формы галлюцинаторной спутанности, которыя точно также могутъ сопровождаться ступоромъ, потому что въ данномъ случаѣ не было никакихъ обмановъ чувствъ.

Въ виду того, что нѣкоторые авторы находили послѣ травмы симптомокомплексъ Корсаковского психоза можно было бы думать и объ этомъ психическомъ заболѣваніи, однако въ пользу этого послѣдняго нѣтъ никакихъ данныхъ кромѣ *нѣкоторой очень слабой* попытки фабулировать въ періоды выздоровленія у перваго нашего больного. При Корсаковскомъ психозѣ, мы имѣемъ правда ослабленіе вниманія и пониженіе памяти, что обнаруживается и у нашихъ обоихъ больныхъ, но при Корсаковскомъ психозѣ нѣтъ большой задержки теченія ассоціаций, нѣтъ того глубокаго тормазса мышленія, каковыя отмѣчаются въ обоихъ этихъ случаяхъ. Самая склонность къ фабулированію объясняется извѣстной потребностью къ умственной дѣятельности, потребностью комбинировать, работать концепціями и т. д. Здѣсь же имѣется полная задержка всякой, даже простѣйшей и элементарной мыслительной работы.

Рядъ авторовъ, какъ было уже упомянуто, находилъ уже черты истеріи у лицъ, пострадавшихъ отъ травмы. Къ числу такихъ признаковъ истеріи можно бы у нашихъ больныхъ причислить расстройства вниманія, памяти и анестезіи. Дѣйствительно по наблюденію многихъ авторовъ расстройство памяти у истеричныхъ представляетъ весьма характерныя особенности. Ослабленіе памяти у истеричныхъ больныхъ бываетъ настолько обширно и глубоко (по наблюденіямъ *Joffroy, Courmont, Charcot, Ribot, Janet* и др.), что больные эти, перенеся рядъ припадковъ судорогъ или сновидныхъ состояній, считаютъ себя вновь родившимися, причемъ все имъ нужно вновь изучать. У нихъ развивается такъ сказать всеобщая амнезія. Вновь они должны учиться писать, читать и т. п. Очень трудно однако пониженіе вниманія и памяти у нашихъ больныхъ объяснять истеріей. У подобныхъ больныхъ всегда эти амнезіи развиваются вслѣдъ за омраченіемъ сознанія различнаго характера. На первомъ мѣстѣ въ этомъ случаѣ стоятъ истерическія сумеречныя состоянія, припадки бредовой спутанности или судорогъ, эпилептическія судороги,

попытка къ самоубійству черезъ повѣшеніе, отравленіе окисью углерода и т. п., чего вовсе не было у разбираемыхъ здѣсь паціентовъ. Дѣйствительно у нашихъ больныхъ разстройство памяти и вниманія было очень велико. Оба они забыли все, чѣмъ прежде жили, что ихъ интересовало, но такое разстройство памяти и вниманія является характернымъ для истерическихъ психозовъ лишь въ ряду другихъ признаковъ истеріи и только по наличію этихъ послѣднихъ можно было бы заключить объ этой болѣзни въ данномъ случаѣ. Этихъ признаковъ однако здѣсь очень мало.

Для истеріи были бы типичными признаками—смѣна клиническихъ явленій, появленіе свѣтлыхъ промежутковъ, ремиссій, экзацербаций, явленій галлюцинацій, иллюзій и т. д. У нашихъ больныхъ этихъ свѣтлыхъ промежутковъ не было, напротивъ отмѣчалась все время монотонная картина. Не было ни ремиссій, ни экзацербаций, признаковъ возбужденія моторной или психической сферы, никакихъ указаній на моторное безпокойство (движенія) больныхъ, на галлюцинаціи или иллюзіи, напротивъ состояніе полного тормазы всѣхъ жизненныхъ проявленій, близкаго къ ступору.

Далѣе истерическіе больные сохраняютъ извѣстное сознаніе тяжести заболѣванія, которое ихъ тяготитъ и мучаетъ. У нашихъ паціентовъ этого сознанія болѣзни не отмѣчалось.

Въ пользу истеріи очень мало также говоритъ анестезія, потому что самая анестезія представляется здѣсь очень сомнительной, ввиду глубокаго паденія вниманія, благодаря чему остаются не воспринятыми не только легкой уколь, но и масса впечатлѣній очень сомнительной эта анестезія кажется также и потому, что въ то время какъ короткій уколь остается незамѣченнымъ, въ то же время длительный уколь булавкой давалъ себя чувствовать.

Оба паціента въ этомъ отношеніи представляли полнѣйшую аналогію. Первый изъ нихъ,—Т. обнаруживая совершенную нечувствительность къ вѣшнимъ раздраженіямъ,

падающимъ на кожу (уколы), обнаружилъ такую же невосприимчивость и въ зрительнымъ и слуховымъ впечатлѣніямъ. Онъ не замѣтилъ родовъ своей жены, не слышалъ крика ребенка, хотя все это совершилось близъ него, въ той же маленькой комнатѣ, гдѣ онъ жилъ.

Очень удобно было бы свести оба вида ощущеній физической и нравственной боли и радости, которыя въ данномъ случаѣ не развивались въ сознаниі, — въ известной степени агнозій, благодаря чему, хотя и воспринимаемая ощущеніе, пациентъ не получаетъ ихъ такъ выпукло и ярко въ сознаниі, чтобы въ одномъ случаѣ получилась реакція боли, въ другомъ состраданія или радости.

Тѣ же элементы агнозій мы видимъ и у второго больного С. Онъ забылъ ощущеніе боли точно также, какъ забылъ свою жену и не видитъ ее болѣе въ той самой „Анютѣ“, которая остается все время возлѣ него и подобно тому какъ утратилась реакція боли при уколахъ, одинаково онъ не бросаетъ на свою жену ласковаго взора, не обнаруживая слѣдовательно, той привычной реакціи, которая складывалась въ немъ ранѣе при видѣ той же самой Анюты — его жены.

Совершенно отрицается въ данномъ случаѣ *dementia paralytica traumatica*, т. е. въ симптоматологіи даннаго заболѣванія вовсе не было отмѣчено какихъ либо соматическихъ явленій выпаденія — въ смыслѣ разницы зрачковъ, отсутствія рефлексовъ, типичнаго расстройства рѣчи, тремора и т. п.

Очень важно въ данномъ случаѣ имѣть ввиду ту форму слабоумія, которая развивается при органическихъ поврежденіяхъ головного мозга и при томъ именно, потому, что органическое заболѣваніе мозга въ данномъ случаѣ, — принимая во вниманіе известныя изъ литературы случаи, — невозможно исключить. Эта форма слабоумія развивается большею частью при различныхъ фокусныхъ и даже разлитыхъ заболѣваніяхъ головного мозга и характеризуется вялостью, апатіей, временами ребяческой возбудимостью, слезливостью, иногда невоз-

возможностью подавить смѣхъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ здѣсь появляется спячка и даже коматозное состояніе.

Такъ какъ обычно при этомъ въ клинической картинѣ ясно видны фокусныя заболѣванія мозга, а таковыхъ здѣсь нѣтъ, т. е., съ другой стороны, нѣтъ у нашихъ пациентовъ и другихъ симптомовъ, какъ то: слезливость, насильственный смѣхъ и т. п., то съ нѣкоторымъ правомъ можно было исключить въ данномъ случаѣ мысль о *dementia ex laesione organica*, хотя, конечно органическое поврежденіе, хотя-бы м. б. молекулярное, безспорно было.

Совершенно невозможно въ данномъ случаѣ исключить однако ту форму душевнаго заболѣванія, которая извѣстна какъ *Dementia primaria curabilis seu stupiditas* (*Krafft-Ebing'a*) *dysnoja stuporosa* или *amentia stuporosa*) развивающаяся между прочимъ, какъ слѣдствіе истощенія нервной системы. Такъ какъ въ данномъ случаѣ имѣется прямая причинная связь этого заболѣванія съ травмой, а не съ истощающими какими либо моментами, то слѣдуетъ и это душевное страданіе считать однимъ изъ возможныхъ видовъ травматическаго психоза. Въ пользу такого діагноза говорить весь *status praesens*—полное подавленіе дѣятельности ассоціативнаго аппарата и въ частности интеллекта почти до полной остановки мыслительнаго процесса. Новыя впечатлѣнія не воспринимаются. Старыя не перерабатываются. Пациенты находятся въ состояніи ступора. Лицо неподвижное, выраженіе его тупое, неосмысленное и т. д.

Съ одной стороны наши случаи имѣютъ большое сходство съ *dementia posttraumatica* Көррен'a въ томъ отношеніи, что память и вниманіе обоихъ больныхъ рѣзко понижены; благодаря этому они не въ состояніи ориентироваться во времени, мѣстѣ и личности.

Съ другой стороны наши случаи, рѣзко—отличаются отъ *dementia posttraumatica* (*Көррен*) тѣмъ, что больные этой послѣдней категоріи обнаруживаютъ обычно въ остромъ ста-

дія — явленія возбужденія, а въ хроническомъ — сознание болѣзни, которыхъ здѣсь нѣтъ. Далѣе у больныхъ категоріи *Коррен'*а симптомы слабоумія все время прогрессируютъ, у нашихъ-же больныхъ картина слабоумія вовсе не прогрессируетъ и въ этомъ отношеніи оба эти случая не отвѣчаютъ условіямъ для причисленія ихъ къ категоріи, описанной *Коррен'*омъ.

Слабостью вниманія и памяти у описываемыхъ пациентовъ объясняется выпусканіе буквъ и словъ при чтеніи и письмѣ, повтореніе ихъ, невозможность понять и усвоить прочитанное, такъ какъ они забываютъ начало строки читаемаго или того, что они пишутъ. Здѣсь слабость вниманія и потеря ранѣе пріобрѣтенныхъ представленій сказываются затрудненіями эвокаціи и репродукціи извѣстныхъ ранѣе пріобрѣтенныхъ представленій и образовъ. При этомъ мы видимъ затрудненіе письма, чтенія и другія рѣчевыя расстройства, которыя напоминаютъ собой амнестическую афазію.

Благодаря этому наши больные дѣлаютъ грубыя агностическія ошибки совершенно не узнаютъ показываемые имъ предметы и потому не знаютъ ихъ употребленія. Такіе больные могутъ макать въ чернила карандашъ, принимая его, очевидно, за ручку, а эту послѣднюю безъ пера не отличаютъ отъ таковой съ перомъ. Такіе пациенты не въ силахъ разыскать диванъ, на которомъ сидятъ или увидѣть лампу, которая не зажжена.

У такихъ больныхъ причину агнозіи нужно искать въ расстройствахъ и тормазѣ эвокаціи, репродукціи отдѣльныхъ образовъ. Недостаточная живость этой репродукціи отдѣльныхъ образовъ воспоминанія, въ частности, напр. тактильныхъ образовъ. Недостаточная живость этой репродукціи заставляетъ такого больного снимать шляпу въ то время когда она вовсе не надѣта, пытаться надѣть сапоги, въ то время, какъ они уже на ногахъ. Слабость памяти и вниманія разрѣшаетъ совершить подобную ошибку 5 разъ въ теченіе 15 минутъ. Онъ различаетъ свою ошибку только тогда, когда рукою и можетъ

быть глазомъ ошупываетъ свое тѣло, т. е. въ тактильномъ ощущеніямъ, исходящимъ отъ его кожи или волосъ головы присоединяется еще рядъ мышечныхъ ощущеній и тактильныхъ ощущеній руки.

Всѣ эти расстройства афатическія, агностическія и апрак- тическія, развивающіяся у лицъ, страдающихъ травматиче- скимъ психозомъ, можно объяснить не органическимъ пора- женіемъ отдѣльныхъ центровъ, но общимъ тормазомъ психи- ческихъ функцій, въ частности же паденіемъ вниманія, па- мяти и задержкой въ теченіи ассоціацій.

Этому чисто функціональному разстройству благопріят- ствуетъ рядъ большихъ или меньшихъ органическихъ пора- женій, являющихся послѣдствіемъ травмы.

Помимо выше изложенныхъ паталого-анатомическихъ дан- ныхъ и клиническихъ наблюденій—данныхъ, на которыхъ нужно базировать подобное предположеніе, въ тому-же заключенію приводятъ насъ и результаты экспериментальныхъ изслѣдо- ваній.

III.

Что касается экспериментальныхъ изслѣдованій, то не- обходимость ихъ всегда сознавалась клиницистами, желавшими изучить природу трактуемыхъ расстройствъ не только на осно- ваніи случайныхъ и въ большинствѣ очень грубыхъ разруше- ній въ нервныхъ центрахъ; находимыхъ на секціонномъ столѣ у человѣка. Ученые старались прослѣдить интересующій ихъ вопросъ въ самыхъ нѣжныхъ фазахъ его.

Roncali, старавшійся понять тончайшій механизмъ *com- motionis cerebri* думаетъ, что при сотрясеніи мозга происхо- дитъ съ одной стороны разрушеніе контактовъ между отдѣль- ными элементами центральной нервной системы, съ другой-же молекулярныя перемѣщенія тончайшихъ нервныхъ эементовъ

какъ результатъ воздѣйствія грубой силы. При этомъ очень сильныя сотрясенія влекутъ за собой омертвѣніе нервовъ или вслѣдствіе невозможности получать прежнее питаніе или отъ измѣненныхъ условій питанія и возникающей вслѣдствіе этого автоинтоксикаціи. Болѣе слабыя травматическія воздѣйствія вліяютъ менѣе разрушительно; однако и при этомъ болѣе слабымъ раненіи нервныхъ центровъ уменьшается тѣло нервной кѣлки, втягиваются кѣлочныя отростки ея, хроматическая субстанція приходитъ въ состояніе болѣе легкой диффузіи и такимъ путемъ рѣзко ослабѣваютъ временно нервные контакты.

Эта теорія *Roncali*, которую авторъ называетъ новой, представляетъ въ сущности отголоски старыхъ, отчасти уже давно опровергнутыхъ, гипотезъ.

Еще въ срединѣ прошлаго столѣтія считалось болѣе или менѣе признаннымъ, что *commotio cerebri* есть результатъ сотрясенія мозговыхъ массъ, подъ вліяніемъ колебаній костной капсулы получившей травматическое насиліе. Благодаря такимъ колебаніямъ въ мозговой массѣ, происходитъ рядъ молекулярныхъ перемѣщеній и въ этомъ механическомъ моментѣ сотрясенія и заключается сущность и причина, возникающихъ нервныхъ разстройствъ.

Основательность этого предположенія была сильно подорвана изслѣдованіями: *Gama*, *Nélaton'a*, *Fischer'a*, *Alquiè* и др. авторовъ, которые во второй половинѣ прошлаго столѣтія показали, что субстанція мозга, приближающаяся по своей консистенціи къ студеньямъ, отличается меньшей внутренней подвижностью, чѣмъ это думали и, что внутри черепа частицы мозга вовсе не передвигаются во время толчковъ и ударовъ, напр. молоткомъ, наносимыхъ костной покрывкѣ. При всѣхъ опытахъ сотрясенія трепанированнаго черепа, воткнутое въ трепанационное отверстіе на длинной булавѣ бумажное знамя даже не вибрируетъ. На основаніи многочисленныхъ наблюденій, авторы пришли къ заключенію, что при толчкахъ, уши-

бахъ черепа и при всякихъ другихъ подобныхъ условіяхъ происходитъ не молекулярное содраганіе и не перемѣщеніе отдѣльныхъ частицъ мозга, но или перемѣщеніе всего мозга *in toto*, или раздавливаніе его.

Gama, Nélaton и др. упомянутые авторы, модифицируя эксперименты, наполняли стеклянную колбу желатиной, таковой же консистенціи, какъ мозгъ и прокладывали внутри этой массы шелковыя нити, пересѣкавшіяся другъ съ другомъ много разъ въ различныхъ плоскостяхъ и направленіяхъ. Наноса стѣнамъ этой колбы удары тупымъ орудіемъ, авторы тѣмъ самымъ производили сотрясеніе содержимаго подобной колбы, причемъ имѣли возможность убѣдиться, что никакого молекулярнаго перемѣщенія содержимаго колбы не наступаетъ и пропущенныя внутри колбы шелковыя нити не обнаруживали ни малѣйшаго содраганія или перемѣщенія. Слѣдовательно приложеніе тупого удара въ черепу,—удара, сжимающаго или вдавливающаго костные своды,—должно дѣйствовать на содержимое черепа въ смыслѣ измѣненія его формы; при этомъ, однако, можетъ идти рѣчь о перемѣщеніи всего мозга въ его цѣломъ и о размноженіи его при этомъ въ томъ или другомъ полюсѣ его, но вовсе не о передвиженіи отдѣльныхъ его частицъ, передвиженіи вслѣдствіе, какъ это предполагалось, колебанія костной покрывки.

Весьма поучительное наблюденіе о возможности перемѣщенія всего мозга сообщаютъ *Krönlein* и *Henne*. Ихъ же наблюденія показываютъ съ другой стороны, что въ извѣстныхъ случаяхъ, даже при полномъ разрушеніи костныхъ покрововъ мозга, послѣдній можетъ избѣжать большого поврежденія.

Krönlein (*Neurologisches Centrabl.* 1899. s. 375) описываетъ, случай самоубійства выстрѣломъ изъ швейцарскаго казеннаго ружья. Выстрѣлъ былъ произведенъ въ весьма небольшомъ разстояніи и притомъ въ голову. Результатъ выстрѣла былъ изумителенъ. Черепъ оказался раздробленнымъ

на мелкіе кусочки, а мозгъ въ неповрежденномъ видѣ былъ отброшенъ на два фута отъ тѣла. Только основаніе мозга было слегка помято. Раздробленіе костей черепа и всѣ остальные послѣдствія выстрѣла, авторъ приписываетъ гидравлическому дѣйствию заряда при чемъ конечно мозгъ *in toto* долженъ былъ передвинуться внутри костной капсулы.

Очень интересно сообщеніе сдѣлалъ Dr. Henne. Въ описываемомъ имъ случаѣ, солдатъ на ученіи получилъ выстрѣлъ изъ ружья, стоявшаго сзади его товарища въ нижнюю часть своей головы. Въ тотъ-же моментъ кости его темени развернулись и рассыпались мелкими осколками, полость черепа оказалась открытой къ верху и головной мозгъ, оторвавшись отъ спинного *in toto*, поднялся изъ своего ложа вверхъ и упалъ на землю отдѣльно отъ трупа.

Произведя рядъ опытовъ надъ пустыми черепами, внутрь которыхъ владывался свиной пузырь, наполненный массой, напоминающей консистенцію мозга, авторъ подвергалъ разстрѣлу подобныя черепа на небольшомъ разстояніи и получалъ тотъ же эффектъ, т. е. выпаденіе изъ костной капсулы въ неповрежденномъ видѣ той массы *in toto*, которая должна была представлять собой головной мозгъ.

Очевидно цереброспинальная жидкость, окружающая головной мозгъ, получивъ толчекъ къ движенію подъ вліяніемъ провишкаго внутрь полости черепа тѣла, надавливая равномерно во всѣ стороны и поднимая вверхъ мозгъ, выбросила его изъ своего помѣщенія, не разможживъ и не раздробляя его.

Въ настоящее время поэтому предположеніе о молекулярныхъ перемѣщеніяхъ мозга при *commotio cerebri* нуждается еще въ подтвержденіи и авторы очень склонны вѣрить въ массовое передвиженіе всего мозга внутри черепной капсулы во время травмъ черепа.

Simon напр. считаетъ, что *commotio cerebri* зависитъ отъ сдвиганія *in toto* всего мозга, безъ поврежденія его массы.

Результатомъ этого перемещенія является пониженіе возбудимости всѣхъ центровъ мозговой коры до полной потери функціи ея въ нѣкоторыхъ случаяхъ.

Körpen развиваетъ свое мнѣніе въ этомъ отношеніи гораздо подробнѣе. Онъ считаетъ, что такое перемѣщеніе головного мозга, совершаясь всей массой, встрѣчаетъ наибольшія препятствія и затрудненія къ этому въ своихъ базальныхъ отдѣлахъ, гдѣ мозгъ оказывается сильно укрѣпленнымъ базальными нервами и еще болѣе сосудами, вслѣдствіе чего базальные отдѣлы мозга приходятъ въ извѣстное треніе съ костями черепа во время этого перемѣщенія и травмируются сильнѣе другихъ областей его.

Holder, Duret и др. авторы приписывали огромную роль въ механизмѣ *commotio cerebri* наличности цереброспинальной жидкости въ желудочкахъ мозга и его периферіи. По ихъ мнѣнію, подъ вліяніемъ толчка, эта жидкость, приходя въ движеніе, играетъ роль метательнаго снаряда, разрушающаго все на своемъ пути.

О значеніи жидкости, которой придается та или другая форма толчка, можно судить по слѣдующему наблюденію *Dr. Morr'a*. Онъ сообщаетъ исторію одного алкоголика, отъ котораго невѣста отказалась ввиду его постоянного нетрезваго поведенія. Принявъ твердое намѣреніе устроить скандалъ своей оскорбительницѣ, описываемый субъектъ пришелъ къ ней въ домъ въ сочельникъ и усѣлся возлѣ празднично убранной елки. Затѣмъ, набравъ полный ротъ воды изъ поданнаго ему стакана, онъ ввелъ дуло пистолета туда же въ ротъ въ воду и спустилъ курокъ. Въ моментъ выстрѣла голова разлетѣлась въ мелкіе куски, такъ что подъ елкой остался въ сидячемъ положеніи обезглавленный трупъ.

Присутствіемъ съ одной стороны цереброспинальной жидкости въ щеляхъ и полостяхъ мозга, а съ другой—передвиженіемъ мозговыхъ полушарій, объясняется появленіе тѣхъ раз-

рывовъ и щелей въ мозговыхъ полушаріяхъ, которыя отмѣчены были *Hölder*'омъ и др. вышеприведенными авторами.

Что касается сотрясеній и колебаній эластичной костной капсулы, то таковыя признаются всѣми авторами. Эта эластичность отмѣчается главнымъ образомъ на *convexitas*, благодаря чему костный сводъ, принимая на себя какой либо ударъ, позволяетъ мозгу перенести его даже незамѣтно, т. е. плоскія кости черепа, согласно изслѣдованія *Brunn's* въ такихъ случаяхъ могутъ значительно изгибаться, *gesp.* выравниваться безъ вреда для мозга. Однако за извѣстнымъ предѣломъ нагрузки или при тяжеломъ ударѣ, они трескаются, ломаются или вдавливаются клинообразно въ мозгъ. Въ томъ случаѣ, если кости только изгибаются подъ вліяніемъ удара, мозгъ остается мало или вовсе неповрежденнымъ; во второмъ случаѣ, т. е. при переломѣ костей происходитъ большая или меньшая степень разрушенія мозга.

Такъ какъ въ большинствѣ случаевъ сотрясенія мозга, мы не видимъ грубыхъ признаковъ разрушенія его, то одно время въ литературѣ обнаружилось теченіе, отрицавшее всякое даже микроскопическое поврежденіе мозга при т. н. *commotio cerebri*.

Bergman, такъ много потрудившійся надъ разработкою хирургическихъ пріемовъ при леченіи травмъ головы, старался доказать, что подъ сотрясеніемъ мозга—*commotio cerebri*—нужно разумѣть транзиторное динамическое пораженіе мозга, которое не сопровождается ни поврежденіемъ самой мозговой субстанции, ни измѣненіемъ пространства, въ которомъ заключенъ мозгъ. Главная особенность этого транзиторнаго пораженія заключается въ цѣломъ рядѣ динамическихъ расстройствъ нервныхъ функцій и прежде всего въ ослабленіи дѣятельности вазомоторныхъ, центровъ. (Дѣйствительно въ большемъ ряду случаевъ травматическихъ поврежденій мозга можно говорить только о функциональномъ страданіи и, вполне соглашаясь съ мнѣніемъ *Bergman's*, можно считать

означенную картину лишь функціональнымъ страданіемъ. Въ легкихъ напр. случаяхъ commotionis cerebri клиническія явленія могутъ развиваться безъ того, чтобы можно было доказать паталогоанатомическія измѣненія въ мозгу. Съ другой же стороны—при тяжелой формѣ травматическаго насилія—невозможно отказаться отъ мысли, что въ основѣ болѣзни не лежитъ также и грубая паталогоанатомическая подкладка; напротивъ нужно бываетъ даже считать подобныя разрушенія безусловно необходимыми. Однако паталогоанатомическія находки при вскрытіяхъ были слишкомъ ничтожны и не позволяли долгое время установить какую либо параллель между ними и наличными клиническими измѣненіями, т. е. даже въ случаяхъ тяжелаго commotionis cerebri, закончившихся летально, очень часто не находили никакихъ измѣненій въ мозгу.

Эксперименты, производимые съ цѣлью выясненія тонкихъ анатомическихъ измѣненій въ мозгу въ подобныхъ случаяхъ, долго не удавались, т. е. каждый разъ попытке вызвать легчайшее commotio cerebri сопровождалось грубымъ поврежденіемъ костей черепа или самого мозга,

Правда *Wittkowski*, производя свои опыты надъ малыми животными и при томъ надъ амфибіями, добился возможности вызвать у лягушки настоящую фазу commotionis cerebri при помощи однократнаго удара по головѣ этого животнаго, безъ большихъ поврежденій самого мозга или его костныхъ покрововъ. Однако опыты его не послужили къ разъясненію паталогоанатомической природы сотрясенія мозга, вслѣдствіе того, что ни макроскопически, ни при микроскопическомъ изслѣдованіи мозгъ подобной лягушки не представлялъ никакихъ измѣненій.

Westphal ради другихъ цѣлей производилъ поколачиваніе головы у морскихъ свинокъ и получалъ у нихъ не commotio cerebri, но приступъ эпилептическихъ судорогъ.

Только *Filehne* и *Koch* открыли путь новой эксперимен-

тальной техники, замѣнивъ однократный, но сильный ушибъ черепа повторными и многократными, хотя и слабыми ударами моголкомъ *ossis parietalis* головы собаки, каждыя 2 секунды въ теченіе 1-2-3-4 часа, пока не наступала типичная картина *commotionis cerebri* съ замедленіемъ пульса, дыханія и угасаніемъ рефлекторной возбудимости.

Однако и эти опыты *Koch'a-Filehne* не дали ничего цѣннаго, т. е. послѣдующее вскрытіе погибшихъ во время этихъ опытовъ животныхъ не отмѣтило никакихъ измѣненій въ головномъ мозгу. Тѣмъ не менѣе этимъ авторамъ удалось доказать, что отдѣльные нервные центры при ударахъ молоткомъ обнаруживаютъ сначала повышеніе возбудимости, а затѣмъ паденіе таковой, послѣ чего наступаетъ параличъ даннаго центра.

Уже ранѣе опытовъ этихъ авторовъ считалось, что самымъ важнымъ условіемъ для правильной функціи мозга является нормальная дѣятельность вазомоторныхъ центровъ. Разстройство этихъ послѣднихъ, предполагалось, можетъ повлечь за собой измѣненіе и даже полную остановку дѣятельности всѣхъ центровъ мозговой коры. Уже ранѣе этихъ опытовъ (*Filehne-Koch'a*), *Fischer-Miles*, ссылаясь на извѣстный опытъ—*Goltz'a*, съ остановкой сердца при постукиваніи по животу, понимали картину *commotio cerebri*, какъ результатъ паралича вазомоторнаго центра. По мнѣнію этихъ авторовъ подобно тому, какъ у лягушки постукиваніе по животу,—рефлекторнымъ путемъ понижало тонусъ стѣнки *venae coeliacae et mesaraicae*, благодаря чему вся кровь скопляясь въ брюшной полости, прекращала циркулировать и въ артеріальной системѣ, точно также и здѣсь при *commotio cerebri*, по мнѣнію этихъ авторовъ, наступала остановка движенія крови въ мозгу, вслѣдствіе рефлекторнаго или другого рода паралича вазомоторнаго центра. При этомъ одновременно съ паралитическимъ расширеніемъ сосудовъ наступали явленія затрудненія и замедленія кровообращенія въ мозгу до полной оста-

новки циркуляціи и прекращенія всей дѣятельности мозга, лишеннаго необходимаго питательнаго матеріала и т. п.

Въ противоположность этому объясненію причинъ и механизма commotionis cerebri, выставлявшемъ на первый планъ наличность нормальнаго кровообращенія и питанія мозга,— *Koch-Filshne* сумѣли доказать своими опытами, что явленія commotio cerebri не зависятъ ни отъ недостатка крови въ мозгу ни отъ состава питательныхъ соковъ тамъ. По ихъ наблюденіямъ у амфибіи развиваются симптомы сотрясенія мозга даже въ томъ случаѣ, если животное обезкровлено и въ его сосудахъ течетъ лишь физиологическій растворъ поваренной соли. Слѣдовательно механизмъ commotio cerebri не находится ни въ какой причинной зависимости ни отъ ширины просвѣта сосудовъ, ни отъ наличности крови въ сосудахъ мозга, ни отъ состоянія вазомоторнаго центра. *Koch-Filshne* имѣли въ своемъ распоряженіи нѣсколько лягушекъ, у которыхъ кровь была замѣнена солевымъ растворомъ (т. н. *Salz-Frosch Conheim'a*) уже за долгое время до эксперимента съ постукиваніемъ молоткомъ по головѣ и которыя прекрасно освоились съ этой замѣной; однако и эти животныя впадали въ то состояніе оглушенія съ замедленіемъ пульса,—дыханія и пониженія рефлексовъ и т. д., характеризующее commotio cerebri, лишь только надъ ними былъ произведенъ обычный пріемъ поколачиванія молоточкомъ. Слѣдовательно, по мнѣнію *Koch-Filshne* изъ числа причинъ commotionis cerebri нужно совершенно исключить первичный параличъ вазомоторнаго центра и связаннаго съ этимъ измѣненіемъ состава питательныхъ соковъ въ мозгу.

Новыя и притомъ весьма точно обоснованныя данныя, опредѣлились въ ученіи о сущности commotio cerebri съ тѣхъ поръ, какъ гистологическая техника обогатилась новыми методами изслѣдованія нервной системы, въ частности методомъ окраски нервныхъ элементовъ по *Marchi*, *Nissl'ю*, *Bethe*, и т. д.

Работая съ этими новыми методами, а именно со способомъ *Marchi*,—*Schmaus*, вызывая искусственно сотрясение спинного мозга у кроликовъ, наблюдалъ у нихъ при микроскопическомъ изслѣдованіи спинного мозга разрушеніе осевыхъ цилиндровъ и міелиноваго влагалища. Этотъ некрозъ осевыхъ цилиндровъ онъ разсматриваетъ какъ самое важное и самое частое послѣдствіе травмы. Напротивъ въ измѣненіи міелиновыхъ влагалищъ онъ видитъ только случайное явленіе, сопутствующее лишь первичному измѣненію осевого цилиндра, т. е. міелиновое влагалище остается даже нѣкоторое время совершенно нетронутымъ. У одного изъ своихъ 14 экспериментированныхъ съ этой цѣлью кроликовъ, авторъ отмѣтилъ въ спинномъ мозгу развитіе какой то гомогенной субстанции, которую онъ считаетъ разрастаніемъ неврологіи; кромѣ того тамъ же онъ видѣлъ образованіе щелей и полостей.

Schmaus отличаетъ *commotio spinalis* отъ *commotio columnae vertebralis*, хотя и при *commotio vertebralis* могутъ наступать измѣненія въ мозгу, каковыя обусловливаются поврежденіемъ позвоночника и корешковъ спинного мозга. Поврежденію нервной ткани въ этомъ случаѣ способствуетъ колебаніе цереброспинальной жидкости.

Косовскій, повторяя опыты *Westphal*'я, постукивалъ энергично молоточкомъ по лобной кости у кроликовъ и получилъ сильныя тоническія и клоническія судороги, а черезъ полчаса отъ начала ихъ смерть. Работая тѣмъ же молоточкомъ нѣжно, онъ наблюдалъ менѣе жестокія судороги и животное оставалось живымъ 5—6 дней, послѣ чего, путемъ кровопусканія, умерщвлялось. У тѣхъ животныхъ, которыя жили во время эксперимента нѣсколько дней, падалъ вѣсъ, аппетитъ; они становились вялыми и апатичными.

При микроскопическомъ изслѣдованіи у первой серіи кроликовъ, которыхъ экспериментаторъ довольно жестоко обрабатывалъ своимъ молоткомъ и которые умерли $\frac{1}{2}$ часа спустя отъ начала судорогъ,—найдены были дегенеративныя разру-

шенія міелиноваго влагалища отдѣльныхъ волоконъ въ продолговатомъ и спинномъ мозгу и мелвія кровоизліянія въ тѣхъ отдѣлахъ мозга. У второй серіи животныхъ найдены тѣ же измѣненія, но гораздо сильнѣе выраженныя. Косовскій считаетъ измѣненія міелиноваго влагалища при этихъ условіяхъ аналогичными таковымъ при невритахъ.

Luzenberger, желая установить природу измѣненій, развивающихся въ нервныхъ центрахъ при травмахъ, лишь косвеннымъ образомъ повреждающей ихъ, произвелъ рядъ экспериментальныхъ наблюденій надъ морскими свинками. Желая опредѣлить, нужно ли отнести эти измѣненія къ регрессивнымъ или воспалительнымъ, *Luzenberger* наносилъ молоточкомъ удары по головѣ морскимъ свинкамъ до тѣхъ поръ, пока онѣ ни получали эпилептического припадка, затѣмъ изслѣдовалъ ихъ мозгъ подъ микроскопомъ при окраскѣ по *Nissl'*ю. Онъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Въ центральной нервной системѣ безспорно развиваются измѣненія регрессивнаго характера среди гангліозныхъ клѣтокъ. Эти измѣненія послѣ травмы нужно считать симптомомъ расстройства питанія.

2) Ограниченныя измѣненія въ клѣткахъ, слѣдующія за травмой, обязаны или механизму *contre coup*, или сотрясенію цереброспинальной жидкости.

3) Даже въ томъ случаѣ, если отсутствуютъ грубыя поврежденія нервныхъ центровъ, встрѣчаются микроскопически видимыя измѣненія клѣтокъ и разрывы міелиноваго влагалища въ мѣстахъ удаленныхъ отъ приложенія орудія травмы, очевидно обязанныхъ своимъ происхожденіемъ механизму *contre coup*.

Измѣненія гангліозныхъ клѣточныхъ элементовъ состоятъ въ томъ, что хроматинъ данной нервной клѣтки переносится въ одинъ изъ полюсовъ. Особенно поучительны въ этомъ отношеніи микроскопическія картины препаратовъ, полученныхъ отъ морской свинки, убитой на 56 день послѣ травмы. При

жизни у этого животного была парализована одна нога. На вскрытіи не было найдено ни геморрагій въ корѣ мозга, ни грубыхъ разрывовъ нервной субстанціи, но ганглиозныя клѣтки темянной и височной долей показывали на препаратахъ, окрашенныхъ по *Nissl*'ю, скопленія сильноокрашающейся субстанціи въ одномъ полюсѣ клѣтки, въ то время какъ другой полюсъ клѣтки былъ неокрашенъ и его содержимое разрѣжено. Ядро данной клѣтки лежало на границѣ между этими различно содержащимися частями тѣла ея. Измѣненія эти отмѣчались въ клѣткахъ изъ тѣхъ областей мозга, которыя отвѣчали мѣсту приложенія молоточка. Такимъ образомъ подобно тому, какъ ударомъ молотка можно раздѣлить легкой и тяжелой порошки, смѣшанные въ одной трубочкѣ, точно также и здѣсь въ нервныхъ клѣткахъ ударами молотка разведены двѣ субстанціи: хроматиновая и безцвѣтная.

При ударахъ молоточкомъ по головѣ можно получить измѣненія также и въ спинномъ мозгу. Эти послѣднія иногда представляютъ дизлокацію нервныхъ элементовъ (гетеротипію), щели и разрывы нервной ткани. Въ спинномъ мозгу, какъ послѣдствіе травмы, встрѣчаются очень часто склеротическіе островки и притомъ именно тамъ, гдѣ разрывы мозговой ткани были выражены сильнѣе.

Если послѣ поврежденія нервныхъ центровъ развивается хакезія, то наступающія измѣненія напоминаютъ таковыя при прогрессивномъ параличѣ.

Сосудистая система подъ вліяніемъ постукиванія молоточкомъ по черепу сильно расширяется и притомъ именно въ капиллярной сѣти и венозныхъ вѣткахъ.

Отмѣчаемое всѣми авторами измѣненіе сосудовъ головного мозга, а именно расширеніе ихъ, потеря тонуса ихъ стѣнокъ и т. п., остановило на себѣ вниманіе *Dr. Riedl*'я, который произвелъ рядъ изслѣдованій о локализациі вазомоторныхъ центровъ для головы. На основаніи этихъ изысканій (*Riedl. Vasoconstrictorisches Centrum für die cerebrale Gefässe.*

Neurolog. Centralbl. 1898) утверждаетъ, что въ предѣлахъ продолговатаго и шейнаго мозга имѣются сосудосуживающіе центры для сосудовъ головы. Разрушая эти центры и впрыскивая надпочечную вытяжку, поднимающую давленіе, экспериментаторъ наблюдалъ сильнѣйшій приливъ крови къ сосудамъ мозга и выпячиваніе мозговыхъ массъ черезъ трепанационное отверстіе. Быть можетъ при травматическихъ неврозѣхъ непріятное ощущеніе въ головѣ во время тяжелаго физическаго труда объясняется недѣятельностью этого сосудосуживающаго центра).

Parassandolo наносилъ тупымъ орудіемъ удары 10 морскимъ свинкамъ по животу и грудной клѣткѣ, послѣ чего убивъ животныхъ, подвергалъ ихъ нервную систему микроскопическому изслѣдованію, окрашивая препараты по *Nissl*'ю, *Marchi* и *Golgi*. Методъ *Golgi* обнаруживалъ у экспериментированныхъ животныхъ деформацию тѣла клѣтки, веретенообразныя набуханія и фрагментацию клѣточныхъ отростковъ. По методу *Marchi* обнаружилась дегенерациа зоны Лиссауера и заднихъ корешковъ. Кромѣ того на препаратахъ, окрашенныхъ по *Nissl*'ю, отмѣчался хроматолизъ самой разнообразной степени, формы и интенсивности. Клѣточная протоплазма была вакуолизирована и рарефицирована. Ядро лежало эксцентрично и пузырьковидно вздуто.

З А К Л Ю Ч Е Н І Е.

Приведенныя здѣсь литературныя данныя экспериментальныхъ изслѣдованій показываютъ съ положительной ясностью также, какъ и патологоанатомическія изысканія на человѣческихъ трупахъ, погибшихъ отъ травмы, что при травматическихъ психозахъ мы въ полномъ правѣ ожидать кромѣ функціональныхъ нарушеній нервныхъ центровъ еще и орга-

ническія поврежденія ихъ. Тѣмъ естественнѣе поэтому является та клиническая картина слабоумія, которую мы встрѣчаемъ въ подобныхъ случаяхъ и въ частности та картина, которую обнаружили описываемые здѣсь наши два паціента.

Очень интереснымъ представляется поэтому восстановленіе ихъ здоровья.

Правда, хотя *Hartman*, какъ уже ранѣе было упомянуто имѣлъ 6 случаевъ выздоровленія изъ общаго числа 15 травматическихкихъ психозовъ, а *Wille* наблюдалъ 3 выздоровленія въ четырехъ своихъ случаяхъ, тѣмъ не менѣе всѣ остальные авторы считаютъ прогнозъ такихъ психозовъ весьма неблагоприятнымъ.

Восстановленіе здоровья у описываемыхъ здѣсь больныхъ мы не должны понимать какъ результатъ полного восстановленія тѣхъ органическихкихъ грубыхъ и тончайшихъ измѣненій въ нервной ткани, которыя были вызваны травмой у нашихъ больныхъ.

Изъ предшествующаго очерка паталогоанатомическихкихъ изслѣдованій мы видѣли, что этого можетъ и не быть (напр. многіе случаи *Hölder'a*), а субъектъ считается выздоровѣвшимъ, живетъ послѣ этого много лѣтъ и только на секціонномъ столѣ можно убѣдиться, что послѣ травмы въ мозгу образовались нѣсколько кистъ, съ которыми паціентъ могъ справлять свои обязанности и т. д.

Очевидно, что кромѣ органическихкихъ поврежденій, въ тѣхъ случаяхъ, которые даютъ благоприятный исходъ имѣются еще и функціональныя разстройства, которыя будучи болѣе подвижными, легко могутъ исчезнуть. Исходъ въ каждомъ данномъ случаѣ будетъ зависѣть отъ того, въ какомъ процентномъ отношеніи органическія и функціональныя поврежденія участвуютъ въ числѣ причинъ даннаго травматическаго психоза. Отсюда ясно, что если превалируютъ органическія поврежденія, то исходъ не благоприятенъ; если-же преобладаютъ функціональныя, то должно быть больше надежды на

возстановленіе психическихъ отправленияхъ. Что касается нашихъ двухъ больныхъ, то у нихъ очевидно функціональныя расстройства превалировали надъ органическими поврежденіями. Только этимъ обстоятельствомъ можно объяснить себѣ благопріятный исходъ, не смотря на всю глубину разрушенія психики у обоихъ этихъ больныхъ.

Процентъ функціональныхъ и органическихъ расстройствъ въ каждомъ данномъ случаѣ учесть въ настоящее время представляется затруднительнымъ. Быть можетъ въ будущемъ новые способы клиническаго изслѣдованія дадутъ намъ подобную возможность. При настоящихъ же нашихъ свѣдѣніяхъ по этому вопросу опредѣлить долю органическихъ разрушеній или сравнить ихъ съ размѣрами неорганическихъ расстройствъ представляется уже потому затруднительнымъ, что мы не можемъ рѣшить, гдѣ въ каждомъ данномъ случаѣ начинается органическое страданіе и въ чемъ нужно видѣть функціональное расстройство.

Казалось-бы на первый взглядъ, что къ числу функціональныхъ расстройствъ нужно отнести тѣ измѣненія, которыя происходятъ въ кровеносной системѣ и поскольку таковыя заключаются въ ширинѣ просвѣта отдѣльныхъ сосудовъ, въ степени наполненія кровью, въ проходимости сосудистыхъ стѣнокъ и т. п. Этотъ вопросъ послѣ изслѣдованій *Filshne-Koch*'а нужно понимать однако такимъ образомъ, что самый составъ крови или вообще составъ питательной жидкости, подвозимой сосудама къ мозгу не имѣетъ существеннаго значенія въ механизмѣ травматическихъ вліяній на центральную нервную систему. Совершенно другое значеніе должно имѣть вліяніе а) ширина сосудистаго просвѣта, особенно мелкихъ вѣточекъ и б) проходимость сосудистыхъ стѣнокъ.

Въ этомъ отношеніи изслѣдованія *Holder*'а и другихъ авторовъ показываютъ, что расширенныя ad maximum мельчайшіе сосуды, тѣсно сближаясь другъ съ другомъ, должны давить на лежащую между ними нервную ткань и эта по-

слѣдняя подъ вліяніемъ ущемленія должна пострадать въ своей функціи. Проходимость тѣхъ же расширенныхъ сосудовъ можетъ быть при этомъ такъ велика, что черезъ ихъ поры проникають кровяныя тѣльца въ мѣшокъ около сосудистаго влагалища, растягивають послѣдній и среди окружающей нервной ткани представляютъ собой по сравненію съ расширенными сосудами, нѣчто постороннее и притомъ инертное неподвижное тѣло, т. е. плотно наполняющая ихъ кровь не можетъ передвигаться ни въ какомъ направленіи. Конечно эти раздутые и неподвижно наполненные мѣшки надавливають на окружающую ткань еще сильнѣе, чѣмъ самые сосуды и это давленіе безспорно ведетъ къ разстройству не только питанія и функціи данной нервной ткани, но даже и цѣлости ея, если принять во вниманіе тѣ находки на секціонномъ столѣ, когда подобные сосуды съ ихъ влагалищемъ можно было пинцетомъ свободно вытянуть изъ окружающей ткани, когда слѣдовательно связь ихъ съ этой тканью исчезла, т. е. была разрушена.

Менѣе вредный эффектъ, чѣмъ эти расширенные сосуды должна также оказывать самая кровь, если она, войдя изъ сосуда проникала въ небольшомъ количествѣ въ окружающую ткань, имбибрируя ее. Безъ всякаго сомнѣнія давленіе этихъ элементовъ на окружающія нервныя волокна и нервныя клѣтки можетъ тормазить ихъ функцію, какъ въ этомъ насъ убѣждаетъ ежедневный клиническій опытъ на тѣхъ больныхъ, которымъ были удалены опухоли изъ головного мозга, и, конечно подобное разлитое и повсемѣстное сдавленіе различныхъ нервныхъ аппаратовъ должны каждый разъ остановить функцію даннаго нервнаго аппарата.

Всѣ перечисленные здѣсь факторы, а именно расширеніе просвѣта сосудовъ, множественное появленіе *aneurismae dissecantis*, переполненіе лимфатическихъ влагалищъ, вышедшей изъ сосуда кровью, и проникновеніе крови изъ сосуда въ окружающую нервную ткань, можно однако причислить

къ числу моментовъ, которыхъ нужно разсматривать, какъ функціональныя разстройства нервныхъ центровъ, въ томъ случаѣ, если эти моменты *не перешли извѣстныхъ границъ интенсивности или продолжительности и способны къ обратному развитію*. Въ такомъ случаѣ нервная ткань, освободившись отъ давленія послѣ извѣстнаго промежутка времени и благодаря возстановившемуся орошенію вновь можетъ начать функціонировать и притомъ какъ нервныя клѣтки, такъ и соединяющія ихъ волокна.

Что же касается разстройствъ внѣ предѣловъ сосудистаго аппарата, а именно самой нервной ткани—волоконъ или клѣтокъ ея, то эти разстройства ихъ нужно отнести къ числу органическихъ, или правильнѣе говоря къ разряду непоправимыхъ и не способныхъ къ возстановленію.

Наши клиническіе методы изслѣдованія стоятъ въ настоящее время еще такъ низко, что въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ намъ не удастся опредѣлить ни степень сосудистыхъ пораженій, ни таковую разстройство нервныхъ тканей, ни даже локализацию тѣхъ или другихъ страданій.

Въ силу всѣхъ этихъ обстоятельствъ классификація даннаго травматическаго психоза не всегда легко устанавливается и очень опытные клиницисты, какъ объ этомъ говорилось раниѣе, ограничиваются весьма часто подведеніемъ того или другого заболѣванія подъ категорію первичныхъ или вторичныхъ травматическихъ психозовъ.

Еще труднѣе при подобныхъ условіяхъ сдѣлать предсказаніе для того, или другого казуистическаго случая.

Тѣ два случая и притомъ амбулаторно принятые, которые я здѣсь описалъ, выбранные мною изъ числа многихъ десятковъ, видѣнныхъ мною за послѣдніе 10 лѣтъ, не позволяютъ дѣлать никакихъ обобщеній, кромѣ лишь самыхъ скромныхъ, а именно:

Во первыхъ—травму головы можно въ нѣкоторыхъ случаяхъ поставить въ число тѣхъ этиологическихъ факторовъ,

которые считаются истощающими моментами, на ряду съ тяжелыми душевными волненіями, напряженной умственной работой, голодаіемъ, автоинтоксикаціей и т. д.

Въ вторыхъ—психическое заболѣваніе, развивающееся въ такихъ случаяхъ можетъ протекать въ благопріятной формѣ въ видѣ остраго излѣчимаго слабоумія.

Въ третьихъ—число такихъ благопріятныхъ исходовъ весьма незначительно, а самая клиническая форма въ томъ, видѣ, какъ это отмѣчалось у приведенныхъ здѣсь больныхъ встрѣчается и описано сравнительно весьма рѣдко.

ЛИТЕРАТУРА.

Ahna. Beitrag der sogenannten Kümmel'schen Krankheit. Dissertation. Berlin. 1910.

Alquié. Gazette médicale de Paris. 1865. № 15.

Anon. Revue de l'hypnot. 1905.

Baer. Die Paralyse in Stephansfeld. Dissertation. 1900. Strassburg.

Bergman. Die Lehre von den Kopfverletzungen.

Berliner. Sommers Klinik. f. Psych. und nervöse Krankheit. Bd. III. 1908.

Bremer. On cyclone neurose. Monatschr. f. Unfallheilk. 1897.

Boullard. De traumatisme du crane dans leurs rapports avec l'aliénation mentale. Arch. de neurologie. 1889.

Borel. Hystéro-traumatisme oculaire. Societé senat. de Neuchatel. 28.III.1895.

Boweret. La neurasthénie. Paris. 1891.

Baudry. Traumatisme de l'oeil Congrès d'accidents du travail. Liège. 1900.

Becker. Neurasthenischer Schütteltremor. München. Med. Wochenschrift 1900.

Bernhardt. Allgemeine und locale traumat. Neurose. Berlin. Klin. Wochenschr. 1889.

Ballet-Gilbert. Paralyse faciale: Soc. Hôpit. Paris. 1902.

Bruns. Die traumatischen Unfallsneurosen. Wien. Hölder. 1901.

Buttersack. Fall von Unfallneurose. Charité-Annalen. 1901.

Baisch. Begutachtung gynäkologischer Erkrankungen. Vollkman's Sammlung. 1904.

Бехмеевъ. Einige Worte über objektive Merkmale bei traumatischen Neurose. Neurolog. Centralbl. 1900.

Prof. *Bach.* Traumatische Neurose u. Unfallbegutachtung. Zeitsch. f. Augenheilkunde. XIV.

Charcot. Leçons du mardi.

Chazal. Etude de l'hystero-neurasthénie. Thèse de Paris. 1905.

Cottu. L'hystero-traumatique cardiaque. Thèse de Paris. 1904.

Carrière-Huyghes. Hémichorée hystérique. Presse médicale. 1899.

Crocq-fils. Les névroses traumatiques. Bruxelles. 1896.

Curschmann. Pseudotétanie. Berlin: Klin. Woch. 1904.

Duret. Etudes expérimentales sur les traumatismes cérébrales. 1878. Versailles.

Debove et Rémond. Accidents hystéro-traumatiques. Bulletin Soc. Hop. 1891.

Demme. Wiener med. Blätter. 1884. 18. XII.

Debove. Pouls lent permanent. Presse méd. 1904.

Debove. Paralyse des nerfs oculaires. méd. Hôpit. 1890.

De Buch. Scoliose neuropathique. Journal de Neurologie. 1901.

Dinkler. Mitteilung eines Falles v. traumat. Gehirnerkrank. Deutsch. Zeitsch. f. Nervenheilk. 1895.

Edel. Neurolog. Centralbl. 1909. 106.

Erben. Ueber ein Pulsphänomen. Wien. Klin. Woch. 1898.

Ewald. Traumatische Neurose bei Telephonisten. Monatschr. f. Unfallkrankheit. 1894.

Einstein. Neurologisches Centralbl. 1901. S. 87.

Erb. Poliomyelitis chronica anterior post trauma. Neurolog. Centralbl. 1897.

Edel. Unfallspsychosen. Psychiatrische Wochenschs. 1901.

Fischer. Vollkman's Sammlung. 1871. № 27.

Frerichs. Ueber d. Diabetes. Berlin. 1884.

Fischer-Miles. Brain. 1892. I.

Fuchs. Gutachten üb. d. Direktor. N. Monatsch. f. Unfallheilk. 1898.

Fuchs-Braun. Neurologie. Wiener Verein. 1902.24.IX.

Friboulet-Gougerot. Bradycardie. Tribune méd. 1894.

Förster. Klin. Monatsblätter f. Augenheilk. 1877.

Ferrand. Nevrose vaso-motrice. Encephale. 1885.

Fürstner. Pseudospastische Parese. Neurolog. Centralbl. 1906.

Frankl-Hochwart. Erfahrungen über Menier'sche Symptomencomplex. Jahrbüch. f. Psych. 1905.

Franz. Traumatische Hysterie. Militärarzt. 1902.

Friedman. Zur Lehre von den Folgezuständen der Kopfverletzung. Neurolog. Centralbl. 1897.

Fürstner. Erkrankungen d. Nervensystems nach Trauma. Neurolog. Centralbl. 1896.

Friedman. Zur Frage der Characterveränderung nach Gehirnverletzung. Neurolog. Centralbl. 1902.

Francotte. Academie de méd. belge. 1904. XVIII. 7. 414—415.

Gama. Traité des plaies de tête. Paris. 1855.

Gerlach. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1910. Bd. 67.

Gudden. Ueber progressive Paralyse nach Trauma. Arch. f. Psychiatrie. XXVI.

Guinon. Agents provocateurs de l'hystérie. Paris. 1889.

Goldschmidt. Hysterische tachypnoe. Dissertation. Würzburg. 1898.

Gutman. Fall v. Schädelverletzung. Deutsch. méd. Wochensch. 1900.

Gutzler. Ueber d. Bedeutung des Traumas. Strassburg. Dissertation. 1895.

Gussenbauer. Aertztlicher Centralanzeiger. 1894. X.

Goldstein. Ueb. Schädel-Hirnverletzung. Monatschr. f. Unfallheilkunde. 1901.

Grossman. Unfall und multiple Sclerose. Deutsch. med. Woch. 1905.

Gayot. Contribution à l'étude des accidents nerveux consécutifs aux traumatismes chez les predisposés. Thèse de Paris. 1905.

Horsley. Semaine méd. 1897. XVII. p. 77.

Huguenin. Traumatische Hysterie. Correspondenz. Blatt. für schweiz. Aerzte. 1896.

Herz. Neurosen des peripheren Kreislaufes. Wien. med. Presse. 1901.

Hofbauer. Patholog. Athmungsformen. Schmidt's Jahrbücher. 1904.

Henne. Die Schussverletzungen durch des Schweizerische Militärgewehr. Dissertation. Basel. 1900.

Higier. Hysteria beim Vogel. Neurolog. Centrblt. 1898.

Hölder. Pathologische Anatomie der Gehirnerschütterung. Stutthardt. 1904.

Huisman. Fall von Syringomyelie nach Trauma. Deutsch. med. Woch. 1897.

Hartman. Klinische u. patholog. anat. Untersuch. Jahrbuch. f. Psychiatrie. 1900.

Hartmann. Ueber Geistesstörungen nach Kopfverletzung. Arch. f. Psychiatrie. Bd. XV.

Henle. Beitrag z. Lehre v. traumatischen Erkrankung. Arch. f. Psychiatrie. Bd. XV.

Houghberg. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1894. Bd. 50.

Iessen. Erkrankung nach Unfällen. Neurolog. Centrblt. 1896.

Iessen. Neurologisches Centralbl. 1891. S. 88.

Koch und Filehne. Langenbecks. Arch. 1874. Bd. XVII.

Koempfen. Observation sur un cas de perte de mémoire. Mémoires de l'Academie de médecine. 1885. Vol. IV. p. 489.

Kaplan. Allgemeine Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 54. 1897.

Kast. Hysterische Serratuslähmung. Allgem. med. cent. Zeitung. 1896.

Koster. Fall von totaler Anesthésie. Deutsch. med. Woch. 1902.

Kirsch. Die traumatische Spondylitis. Monat. f. Unfallheilkunde. 1897.

Kaufmann. Fall v. completer Taubheit. Wien. med. Blätter. 1897.

Koppen. Gehirnveränderung nach Trauma. Neurolog. Centrblt. 1897.

Koppen. Ueb. Erkrankung des Gehirns nach Trauma. Arch. f. Psychiatrie. XXXIII. 1900. S. 569.

Kaplan. a) Neurolog. Centralbl. 1898. S. 41. b) Neurolog. Centralbl. 1899. s. 378.

Kaes. Allgemeine Zeitschr. f. Psych. Bd. 49:

Krafft-Ebing. Gehirnerschütterung. Erlangen. 1868. Pro-

- gressive Paralyse. Nothnagels Sammlung. IX. s. 35. 1894.
Kirchgässer. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. XI.
Klink. Dämmerungszustand mit Amnesie nach leichter Hirnerschütterung. Neurolog. Centralbl. 1897.
Kocosekiŭ. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkund. XI.
Lentz. Acad. de med. de Belgique. 24. IX. 1904.
Lesser. Berlin. klinisch. Wochenschr. 1908. 39.
Leyden. Schrecklähmung. Berlin. klin. Wochenschr. 1905.
Löhrisch. Zur pathologischen Erkrankung des Rückenmarkes. Leipzig. 1901.
Luzenberger. Neurologisches Centralbl. 1898.
Meyer. Korsakow'scher Symptomencomplex nach Gehirnerschütterung. Neurolog. Centralbl. 1904. s. 710.
Macpherson. The Lancet. 1892.
Meyer L. Arch. für Psychiatrie. III. s. 289.
Maréchal. Cas d'hystero-traumatisme. Journ. de Neurologie. 1899. IV.
Marina. Fall von Alexie und Agraphie nach Trauma. Neurol. Centralbl. 1907. s. 882.
Moreau. Etude sur la neurose traumatique. Ac. de Med. Belge. 1902—1904.
Mazurkiewicz. Fall von traumatischer Spätapoplexie. Jahrbüch. f. Psychiat. u. Neurolog. 1900.
Michel. Zur Frage über sogenanter traumatischer Spätapoplexie. Wien. Klin. Wochenschr. 1896.
Martial. De l'hémiplégie traumatique. Nouv. Iconographie. 1900. XIII.
Mendel. a) Progressive Paralyse der Irren. 1880. b) Neurolog. Centralbl. 1904. s. 533. 627.
Manke. Zur traumatischen Irresein. Zeitschr. für Medicinalbeamte. 1900.
Muralt. Katatonische Krankheitsbilder. All. Zeitschr. f. Psychiatrie. XVII.
Nélaton. Eléments de patholog. chirurgie. Paris. 1874.
Neumann. Alimentäre Glycosurie nach Unfall. Monatschr. f. Unfallkrankheit. 1900.
Nonne und Holzmann. Deutsch. Zeitschr. für Nervenheilkund. 1909. Bd. 37.
Nonne. Neurolog. Centralbl. 1896. s. 573.
Nonne. Pseudopatische Parese. Neurolog. Centralbl. 1896.
Niehunes. Fridreichs Blätter f. gerichtliche Medicin. 1900.

Näcke. Dämmerungszustand nach Gehirnerschütterung. Neurol. Central. 1897.

Oebecke. Allgemeine Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 49.

Oppenheim. Lehrbuch der Nervenkrankheiten.

Obersteiner. Wiener med. Wochenschr. 1908.

Oppenheim. Die traumatischen Neurosen. Berlin. 1902.

Parascandolo. Recherches histopathologiques sur l'état de centre. Arch. de physiolog. normale et pathologique. 1898.

Poledde. Multiple Sclerose in folge von Blutzuchlag. Neurolog. Centralbl. 1903. № 3.

Potts. Case of traumatic cervical haematomyelie. Journ. of nerv. and ment. Diseases. 1905.

Roncali. Une théorie nouvelle de la commotion cérébrale. Travaux de Neurolog. cérébr. Paris. 1900.

Raecke. Arch. f. Psych. 35.

Reclinhausen. Virchow's. Arch. XXX.

Rüdinger. Beitrag z. Lehre von der Gehirnerschütterung. Deutsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. 41. 1895.

Рыбаковъ. Психическія заболѣванія въ зависимости отъ политики. Врачъ. 1905.

Rabl Rückhard. Einseitige Blindheit. Deut. milit. ärztl. Zeitschr. 1874.

Riedl. Vasoconstrictorisches Centrum. Neurolog. Centralbl. 1898.

Rothmann. Ueb. die nach Schädeltrauma—psychischen Störungen. Vierteljahresber. f. gerichtliche Medicin. 1901.

Rosenthal. Zur Characteristik einiger Symptomen bei traumatischer Neurosen. Monatschr. f. Unfallheilkunde 1897.

Simon. Ueb. Hirnerschütterung und acuten Hirndruck. Arch. f. Kindesheilkunde. XXX.

Scagliosi. Virchow's Archiv. Bd. 152.

Sand. La simulation de l'interprétation des accidents du travail. Paris, 1907.

Strauss. Orthostatische tachycardie. Charité - Annalen. 1904.

Sand. Signe objectif des nervoses. Bull. méd. accident du travail. 1905.

Schüle. Jahrbuch f. Psychiatrie. 1902.

Schüller. Psychosen nach Kopfverletzung. Dissertation. 1892. Leipzig.

Strümpel. Alimentäre Glycosurie. Berlin. klin. Wochenschr. 1896.

Strauss. Neurogene Glycosurie. Deutsche med. Wochenschr.

Sachs-Freund. Erkrankung d. Nervensystems nach Unfall. 1899.

Solis-Cohen. Vasomotor. Ataxie. Americ. Journ. of med. science. 1897.

Sachs. Bewegungsbehinderungen. Wiss. Mitteil. des Instituts zur Behandlung der Unfallverletz in Breslau. 1896.

Schnabel. Traumatischer Neurose. Wien. med. Presse. 1897.

Schlütter. Chorea hysterica. Münch. med. Woch. 1903.

Saltatorischer. Reflexkrampf. Münch. med. Wochen. 1906.

Steinthal. Zur Lehre von traumat. Neurose. Dissertation, Berlin. 1889.

Stenger. Traumatische Labirint-neurose. Deutsch. med. Wochenschr. 1905.

Strominger. Traumatische Neurose. Zentralblt. f. innere Med. 1905.

Schultz. Ueber Unfallkrankungen. 1897.

Sänger. Neue Erfahrungen über Nervenerkrankung. Neurol. Centralbl. 1900.

Schäfer. Zur Pathologie der posttraumatisch. Rückenmarkerkrankung. Neurol. Centralbl. 1902.

Strauss. Bedeutung der Lumbalpunktion. Charité-Annalen. 1900.

Skae. Цѣпировано по Gudden. Die Geistesstörung nach Kopfverletzung. Iena. 1886.

Schlesinger. Neurolog. Centralbl. 1906. S. 614.

Strümpel. Ueber die Beurteilung von Unfallkrank. Münch. med. Wochensch. 1895.

Schmaus. Virchow's Arch. B. CXXII. Münch. med. Wochensch. 1899.

Strauss. Blutdruckmessung im Dienste der Diagnostick. Neurolog. Centralbl. 1901.

Stovesandt. Ricke. Цѣпировано по Eulenburg. Berlin. Klin. Wochensch. 1905. № 2.

Schmidt. Ueber die Röhrenblutung in Rückenmarke. Deutsche med. Wochensch. 1905.

Trespe. Ein Fall v. Dementia posttraumatica mit unge-

wöhnlichen Begleiterscheinungen. Münch. med. Wochenschr. 1908. № 8.

Thomayer. Tachycardie ortostatique. Semaine. Med. 1903: 23. VIII.

Tilling. Ueb. die amnestische Geistesstörung. All. Zeitschr. f. Psych. Bd. 48. 1892.

Taylor. Immediate effects upon the spinal cord. Neurolog. Centralbl. 1900.

Valade. Etat histéro-épileptique. France med. 1884.

Vanyseck. Rallentissement du pouls. Arch. bohêmes de med. 1905.

Viedenz. Arch. f. Psych. 1903. 36.

Wittowski. *Virchow's* Archiv. für pathologische Anatomie. 1877, Bd. 69.

Wollenberg. Progressive Paralyse nach Trauma. Arch. f. Psychiatrie. XXVI.

Westphal Progressive Paralyse nach Trauma. Charité Annalen, II. I. S. 19.

Wilbrand. Gesichtsfeldanomalien. Jahrb. der Hamburg. Statskrankenanstalt. 1889.

Windscheid. Der Arzt als Begutachter. Jena. 1905.

Watts. A case of partial rupture of the spinal cord. Brit. med. Journ. 1897.

Walton. Subarachnoidal seröse Exudation. Neurolog. Centralbl. 1898.

Willard and Spiller. Neurologisches Centralbl. 1897.

Welt. Цитировано по Müller's Psychische Störungen bei Verletzungen. Deutsch. Zeitschr. für Nervenheilk. XXI.

Westphal. Ueber seltenere Formen v. traumatischen. u. Inlokationspsychosen. Arch. f. Psych. Bd. 47.

Westphal. Traumatische Hysterie. Deutsche med. Wochenschr. 1905. № 22.

Van-Gehuchten. Neurose traumatique. Journal de Neurolog. 1899.

Verhoogen. Sur les phénomènes nerveux consécutifs aux traumatisme de la région dorsolombale. Journ. med. de Bruxelles. 1900.

Werner. Ueb. Geisteskrankheiten nach Kopferletzung. Vierteljahresbericht f. gericht. Medicin. XXIII, 1902.

Wille. Arch. f. Psychiatrie. Bd. VIII.